

## Voorzitter

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1998 (25600-XVI).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Michiels van Kessenich-Hoogendam** (CDA): Voorzitter! Op de sprekerslijst staat mijn naam, maar ik spreek deze tekst uit namens collega Jos Werner. De CDA-fractie had hem aangewezen om samen met collega Hannie van Leeuwen dit begrotingsdebat te voeren. Helaas kan de heer Werner vandaag niet aanwezig zijn wegens treurige familieomstandigheden. Ik spreek vandaag zijn tekst uit, die hier en daar iets is aangepast.

Voorzitter! De vier jaren paars zijn voor de zorgsector in veel opzichten magere jaren geweest. De oorzaak daarvan ligt voor een groot deel besloten in het regeerakkoord. Ik wijs op het daarin vastgelegde – en nu door iedereen erkende – veel te krappe budgettaire kader dat, ondanks een ongekeerde economische groei en de vele meevallers voor de minister van Financiën, niet wezenlijk is bijgesteld, zelfs niet toen in de tweede helft van de kabinetsperiode de problemen in de vorm van groeiende wachtlijsten zich duidelijk begonnen af te tekenen en de middelen volstrekt ontoereikend bleken te zijn om aan de toenemende behoefte aan zorg als gevolg van vergrijzing en technologische ontwikkelingen tegemoet te kunnen komen. De zorgsector heeft niet mogen delen in de welvaartsverbetering van de afgelopen jaren.

De antwoorden op de schriftelijke vragen ter voorbereiding van de begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer laten een interessant staatje zien inzake de uitgavenontwikkeling in de zorgsector in procenten van het bruto binnenlands product. In 1993 waren de uitgaven voor de zorgsector nog 9,7% van het BBP. In 1998 is dit gedaald naar 8,8%. Wij danken de minister voor de internationale vergelijking van de zorguitgaven,

zoals gevraagd door de fractievoorzitter van het CDA tijdens de algemene politieke beschouwingen in deze Kamer. Geconcludeerd kan worden dat, op Zweden na, in geen enkel land een dergelijke reductie is opgetreden. Deze reductie is tot stand gekomen met veel pijn in de zorgsector en toenemende wachtlijsten. Wij vinden dit een zorgelijke ontwikkeling; magere jaren in letterlijke zin.

Ook mager is de visie op de inrichting van de zorgsector in verband met het wegnemen van knelpunten. Ook hiervan ligt de oorzaak in het regeerakkoord. Bij de formatie was het duidelijk dat de visie op de inrichting van het bestel van de gezondheidszorg tussen de coalitiepartners dermate uiteen liep dat over een meer fundamentele benadering van de verdere ontwikkeling van de zorgsector geen overeenstemming kon worden bereikt. Dit kwam tot uitdrukking in de zogenaamde "no regret"-passage, waarin de afspraak is vastgelegd dat geen stappen zouden worden gezet die niet zouden passen binnen de visie van één van de coalitiepartners. Ieder van de regeringspartijen wilde zijn eigen voorkeur voor de toekomst openhouden. Ook dat is geen goed uitgangspunt geweest voor de bewindsvrouwen om de vele knelpunten die zich in de gezondheidszorg voordoen met een consistent beleid te kunnen aanpakken. Het was dus iedere keer opnieuw zoeken naar wat haalbaar was. Pragmatisch beleid, wij noemen het ad-hocbeleid, om binnen de smalle marges van het "no regret"-beleid een aantal knelpunten in de zorgsector aan te pakken. Ook in visie een magere periode.

Aan het begin van deze kabinetsperiode heeft onze fractie al gewaarschuwd – zij heeft deze waarschuwing daarna meermalen herhaald – voor het risico dat de openstapeling van de pragmatische maatregelen wel eens kan uitlopen op een toenemende wanorde. Helaas moeten wij constateren dat wij daar steeds meer gelijk in krijgen. Het gejojo met maatregelen is niet gering geweest. Het kunstgebit ging eerst uit het ziekenfonds en toen weer erin. Eigen bijdragen werden een aantal malen ingevoerd, vervolgens aangepast, gewijzigd of afgeschaft. Marktwerking in de thuiszorg werd ingevoerd, maar zodra de chaos die deze opleverde,

duidelijk werd, werd de marktwerking weer afgeschaft. De knip in de thuiszorg werd ingevoerd en een jaar later weer afgeschaft. Veel bestuursdrukke, heel veel bureaucratiekosten, veel reparatie, maar weinig resultaten.

Natuurlijk waren er ook incidenteel successen. Ik noem de Wet geneesmiddelenprijzen en de wijze waarop de al jaren bestaande problematische situatie rond de bekostiging van de specialistische hulp is aangepakt. Wij moeten de effecten daarvan op langere termijn echter afwachten. Het valt nog te bezien of het geen Pyrrusoverwinningen zijn. Recentelijk al moesten de prijzen van geneesmiddelen omhoog gaan, enkel en alleen doordat de koers van het Britse pond was gestegen. Daardoor werden de geneesmiddelen in een van de referentielanden duurder. Conform de prijzenwet gingen dus ook de prijzen van geneesmiddelen in Nederland omhoog. Ook de Van Otterloo-problematiek, die al jaren sleepte, is in stapjes nagenoeg opgelost. Maar dat kon niet zonder de student uit het ziekenfonds te doen, die enige jaren daarvoor juist daarin was ondergebracht.

Belangrijke andere knelpunten in de ziekenfondsverzekering zijn blijven liggen en bleken binnen de marges van het regeerakkoord niet oplosbaar. Ik noem de kleine zelfstandigen, die na het verdwijnen van de premiereductieregeling zijn een relatief erg hoge premie voor hun ziektekostenverzekering moeten betalen, zoals ook blijkt uit het recentelijk aan de Tweede Kamer aangeboden onderzoek Knelpunten ziekenfondsverzekering. Het oordeel van onze fractie in meer algemene zin is dan ook dat de staat van de gezondheidszorg er in de afgelopen vier jaar niet beter op is geworden.

Het vervolg van mijn bijdrage zal beperkt zijn tot een aantal onderwerpen waar mijn fractie grote zorgen over heeft.

Allereerst ga ik in op de thuiszorg. Ik ga hier niet de geschiedenis van de afgelopen jaren herhalen. De bewindsvrouwen zijn druk doende, te repareren wat er allemaal is misgegaan. Voor één aspect wil ik echter de aandacht vragen en dat betreft de indicatiestelling voor de thuiszorg door middel van gemeentelijke indicatieorganen. Onze fractie ziet deze ontwikkeling met zorg tegemoet. Het principe behelst

## Michiels van Kessenich-Hoogendam

gescheiden besluitvorming door drie aparte instanties inzake 1. de indicatiestelling, 2. de toewijzing van de zorg en 3. de uitvoering van de zorg. De indicatiestelling geschiedt door gemeentelijke indicatieorganen, de toewijzing van de zorg door de zorgverzekeraars en de uitvoering van de zorg door de thuiszorgorganisaties. Wat vroeger in een hand lag, namelijk bij de instellingen voor de thuiszorg, die indicering, toewijzing en uitvoering geïntegreerd aanpakten in nauwe samenspraak met de zorgvrager, moet nu door drie instanties worden uitgevoerd. De hulpverleners moeten een zorgplan maken voor ieder individueel geval. Dat zorgplan moet dan naar het gemeentelijk indicatieorgaan om de behoefte aan zorg vast te stellen. Vervolgens moet het dossier naar de zorgverzekeraar, waar besloten wordt over de toegewezen zorg: datgene wat men geleverd kan krijgen met inachtneming van de budgettaire mogelijkheden. Daarna gaat het besluit naar de thuiszorginstantie, die ten slotte de zorg kan leveren. Er is 70 mln. van het budget van de thuiszorg overgeheveld naar het Gemeentefonds om de kosten van deze gemeentelijke indicatieorganen te dekken.

Hoe werkt dit in de praktijk? Het gaat om circa een miljoen gevallen per jaar en zeker een paar honderd-duizend herindicaties. Onze zorgpunten daarbij zijn:

1. De toenemende kosten van overhead en bureaucratie en de stapels papier. Wilden wij niet de bureaucratie en de overheadkosten terugdringen ten faveure van de directe zorgverlening?

2. Hoe te handelen, als de geïndiceerde zorg niet geleverd kan worden, omdat de financiële middelen niet toereikend zijn? Wie is daarvoor verantwoordelijk? Zal de gescheiden besluitvorming in het algemeen geen bron van conflicten worden, als er discrepantie is tussen geïndiceerde, toegewezen en uit te voeren zorg? Zij kan aanleiding geven tot tal van beroepszaken.

3. Hoe te handelen bij de acute zorg? Deze zal toch geleverd moeten worden, ook al is er nog geen indicatie en nog geen toewijzingsbesluit. Hoe worden de kosten verrekend van de geleverde zorg in acute gevallen zonder indicatie en toewijzingsbesluit?

4. Zal deze procedure niet leiden tot een reductie van het vermogen van hulpverleners om flexibel in te springen op de veelal fluctuerende zorgbehoefte en dus op de gedachte van Zorg op maat? Nu al klagen verzorgenden en verplegenden over de toenemende loopbriefjescultuur en "stopwatchverzorging". De aantrekkelijkheid van het beroep neemt hierdoor snel af. Ik kom hier nog op terug.

5. Zal de minister het in het jaaroverzicht zorg opgenomen bedrag voor de thuiszorg baseren op de behoefte aan thuiszorg, zoals door de gemeentelijke indicatieorganen is vastgesteld? Indien dat niet gebeurt, is het op voorhand al duidelijk dat er een groot verschil zal ontstaan tussen de geïndiceerde en de toegewezen zorg. Dan is dus reeds aanstonds duidelijk dat de zorgbehoevenden niet zullen krijgen waar zij krachtens de AWBZ recht op hebben.

De problemen blijken al begonnen te zijn. Ik wijs op een zeer recent bericht in de Haagsche Courant met de kop "Thuiszorg in Den Haag legt het werk neer". Uit dat bericht blijkt dat er op 26 februari een werkonderbreking is geweest bij de medewerkers van de thuiszorg in Den Haag. Er is kennelijk een conflict met de gemeente. De taken van de medewerkers gaan over van de thuiszorginstelling naar de gemeente, maar onderhandelingen over de overgang van het personeel naar de gemeente hebben tot nog toe geen akkoord opgeleverd, aldus de Haagsche Courant. Deze medewerkers hebben dus hun werk neergelegd. Dat is alvast het eerste voorbeeld van de problemen die wij verwachten met deze nieuwe vorm van indicatiestelling.

Recentelijk heeft prof. Post als lid van de commissie-Welschen in Trouw uitvoerig beargumenteerd dat de nieuwe indicatiemethodiek voor de thuiszorg bepaald niet overeenkomt met hetgeen de commissie-Welschen heeft beoogd. Zijn de bewindslieden desondanks van mening dat deze systematiek per 1 januari 1999 ook moet worden ingevoerd voor de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie?

Vorige kabinetten hebben zich druk gemaakt over de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekeren en stappen ondernomen om deze op te heffen. Ook tijdens deze kabinetsperiode is daar het een

en ander aan gedaan. De convergentiewet is er niet gekomen, maar op vrijwillige basis is er wel iets bereikt. Zo zijn de tarieven voor de specialistische hulp voor particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden gelijkgetrokken.

Terwijl aan de ene kant ongelijkheden worden weggewerkt, komen er nieuwe voor in de plaats. Er dreigt een tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden in de toegang tot zorg. Privatisering van de Ziektewet, in combinatie met schaarste aan middelen en groeiende wachtlijsten, heeft een krachtige stroming veroorzaakt tot voorkeursbehandeling van zieke werknemers. Nu zij zelf risicodragers zijn geworden, hebben de werkgevers er belang bij om een zieke werknemer zo snel mogelijk weer op het werk terug te krijgen. De verzekeraars en de Arbodiensten spelen daar gretig op in met collectieve contracten. De aanbieders van zorg zien de kans schoon om daarmee de tekorten die zij hebben, weg te werken. Indien de belangen zo parallel lopen tussen werkgevers, werknemers, verzekeraars en zorgaanbieders lijkt een verdere ontwikkeling in deze richting nauwelijks te stuiten. De minister heeft zich ferm opgesteld, althans in woorden, en wij hebben haar daarin gesteund, maar concrete maatregelen zijn nog steeds niet genomen. En voorzover zij zijn aangekondigd, komen zij wel erg laat, waarschijnlijk te laat. Recentelijk heeft de minister in haar notitie Wachttijden en tweedeling haar aanpak uiteen gezet.

Daarover hebben wij een paar vragen. Heeft de minister wel voldoende wettelijke bevoegdheden om wachtlijstomzeilende initiatieven tegen te houden of blijft haar aanpak gebaseerd op overreding van partijen en vrijwillige medewerking? Onze fractie vreest dat het laatste ontoereikend zal zijn, want de belangen die in het geding zijn, zijn groot. Mogen bijvoorbeeld de instellingen de extra inkomsten die zij uit bedrijvenpoli's kunnen verkrijgen buiten de afrekening van het COTG-budget houden of moeten zij deze aanwenden ter dekking van het goedgekeurde COTG-budget? Ten slotte, is de 75 mln. die de minister in deze notitie extra beschikbaar stelt structureel of eenmalig? De betreffende tekst is nogal cryptisch. Enerzijds erkent de minister dat het noodzakelijk is de budgetten van

## Michiels van Kessenich-Hoogendam

ziekenhuizen en RIAGG's structureel op te hogen. Anderzijds wordt gesteld dat voor 1998 eenmalig 75 mln. beschikbaar wordt gesteld die na 1998 structureel gemaakt moet worden. Waarom aarzelt de minister om nu reeds de structurele tegemoetkoming te geven? Een structureel probleem kan toch niet met eenmalige middelen opgelost worden? Of wordt de structurele oplossing verschoven naar het volgende kabinet?

Het jaar 2000 nadert en daarmee komt de zogenaamde millenniumproblematiek in computerprogramma's steeds dichterbij. De regering werkt met de commissie-Timmer aan een grotere bewustwording van de risico's die daaraan verbonden zijn, indien niet tijdig de nodige maatregelen worden genomen om de problemen op te lossen. Hoe is dit met de gezondheidszorg? Heeft de minister de indruk dat de campagne voldoende effect sorteert in de zorgsector? Zal de problematiek echt opgelost kunnen worden, gelet op de schaarste op de arbeidsmarkt aan IT-personeel? Komt er een compensatieregeling voor de extra kosten die de zorgaanbieders moeten maken? Wij zijn er zeer bezorgd over dat deze problematiek niet op tijd zal kunnen worden opgelost binnen de gezondheidszorg.

Dan een ander onderwerp, dat ik reeds heb aangekondigd, namelijk de dreigende personeelstekorten in de verpleging en de verzorging. Vanochtend hoorden wij over de radio het bericht dat uit een onderzoek blijkt dat de komende jaren waarschijnlijk verpleegkundigen uit het buitenland moeten worden aangetrokken. Er werden zelfs getallen genoemd van 30.000 tot 100.000 om hier de zorg op een aanvaardbaar niveau te houden. Dit zeer verontrustende bericht komt niet onverwacht. Reeds geruime tijd komen van verschillende zijden signalen van dreigende ernstige personeelstekorten in de verpleging en verzorging. Diverse publicaties wijzen daarop. Ik noem een recentelijk verschenen publicatie van de Stichting toekomstscenario's, De toekomst van de verpleging en verzorging. Daaruit komen zeer verontrustende cijfers naar voren.

Ontgroening en vergrijzing. De aanzuigende werking van het bedrijfsleven, waar het arbeidsaanbod ook krapper wordt, en de

invoering van het nieuwe opleidingstelsel MBO en HBO verpleging, waarbij het afschaffen van de inserviceopleiding de mogelijkheden van de zorgaanbieders heeft verminderd om de instroom van schoolverlaters te beïnvloeden, zijn daar onder andere debet aan. Deelt de minister onze zorgen op dit punt en ziet zij voor de overheid een taak om hierop beleid te ontwikkelen? Wil zij ook ingaan op de juistheid of de betrouwbaarheid van de cijfers die ik noemde en die vanmorgen over de radio werden uitgezonden.

Ten slotte nog een punt waar wij zeer veel zorgen over hebben en dat is de steeds verder afbrokkende positie van de maatschappelijke organisaties in de advies- en uitvoeringsorganen van de zorgsector. Het primaat aan de politiek wordt door het CDA onderschreven, alsmede het ontvlechten van advies, uitvoering en toezicht. Maar wij verwerpen het systematisch elimineren van deze organisaties en het marginaliseren van hun rol in het totale bestel van de zorgsector. Wij betreuren dan ook dat de maatschappelijke organisaties inmiddels uit de Nationale raad voor de gezondheidszorg zijn verdwenen. Dit dreigt ook te gebeuren bij de Ziekenfondsraad, het College voor ziekenhuisvoorzieningen en het COTG. Wij vinden de betrokkenheid van maatschappelijke organisaties op grond van hun verantwoordelijkheid voor de zorgverlening van wezenlijk belang.

Op 27 oktober vorig jaar heeft de minister aan de Tweede Kamer in een brief aangegeven, hoe zij de rol van het middenveld ziet. Wij zijn niet onder de indruk van de wel heel erg magere rol die het kabinet het middenveld daarin toekent. De minister stelt zich in de brief op het standpunt dat advisering door onafhankelijke deskundigen in een vroege fase van de beleidscyclus uitgangspunt is en dat de uitvoering van dat beleid, nadat politieke besluitvorming heeft plaatsgevonden, opgedragen moet worden aan uitvoeringsorganen die eveneens bestuurd worden door onafhankelijke deskundigen. Heel veel onafhankelijkheid dus, maar hoe dan om te gaan met het veld dat uiteindelijk toch met al dat beleid moet kunnen werken? Vooral in een sector waarin zoveel bepaald wordt door professionele standaards en specifiek inhoudelijke kennis, is het niet te

begrijpen dat de inbreng van de maatschappelijke organisaties in de beleidscycli zo gemarginaliseerd wordt. Het enige dat de bewindslieden te bieden hebben, is een zgn. gestructureerde entree, waaraan verder eigenlijk geen uitwerking wordt gegeven.

Dit gebrek aan betrokkenheid zal er alleen maar toe leiden dat de kloof tussen politiek en veld nog groter wordt en dat men zich in steeds mindere mate verantwoordelijk voelt voor het beleid en zich er ook minder van aan zal trekken. Thans zien wij daar al de eerste verschijnselen van. Het democratisch gehalte van de samenleving wordt hier niet beter door. Liever een gestructureerde deelneming van maatschappelijke organisaties in de beleidsadvisering en beleidsuitvoering, dan dat de beïnvloeding gaat verlopen langs allerlei onzichtbare wegen zoals bijvoorbeeld een Treek-overleg.

Graag nodig ik de bewindslieden uit hun visie op de rol van de maatschappelijke organisaties en de wijze waarop deze betrokken worden in de beleidsvorming, nog eens kort aan te geven.

Voorzitter! Ik sluit af. Paars heeft veel verwarring in de zorgsector achtergelaten. Ondanks een aantal goede ontwikkelingen is onze fractie van oordeel dat de sector er niet beter op is geworden. Het wordt hoog tijd dat opnieuw een poging wordt gedaan om de wet- en regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg aan een diepgaande beschouwing te onderwerpen en te toetsen op innerlijke consistentie, effectiviteit en efficiency, op basis van een helder concept van verantwoordelijkheids-toedeling. Het onduidelijke zwalken tussen markt en overheidsregulering heeft een diffuse verantwoordelijkheidsbeleving tot gevolg en leidt ertoe dat ieder zijn eigen weg gaat. De Stichting Toekomstscenario's heeft aangegeven waar dat op den duur toe leidt, in het zgn. clubscenario. Dit houdt in dat iedere groepering zoekt naar datgene wat voor haarzelf het beste is. Dat komt ten detrimente van de collectiviteit en de solidariteit. Dat te voorkomen lijkt de opdracht te zijn voor het volgende kabinet.

Met belangstelling zullen wij luisteren naar het antwoord van de bewindsvrouwen.



Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mijnheer de voorzitter! In het regeerakkoord 1994, zoals dat door de paarse coalitie is gesloten, komen behartigenswaardige woorden over het ouderenbeleid voor. Ik zal mij tot dit onderwerp beperken en mij dus veelal tot de staatssecretaris richten. Over arbeidsparticipatie van ouderen, te bereiken door maatwerk in de sociale zekerheid, en een systeem van flexibele pensionering, maar er stonden ook behartigenswaardige woorden in over de zorgvoorzieningen, waarbij het rapport-Welschen als leidraad zou dienen. Zijn deze woorden ook door sprekende daden gevolgd?

De commissie-Welschen was in het leven geroepen om een advies te geven over de modernisering van de ouderenzorg, tegen de achtergrond van de toenemende vergrijping en derhalve ook toenemende hulpvragen. Ter voorbereiding ook op extra financiële impulsen voor een gemoderniseerd zorgbeleid, want over de noodzaak daarvan was iedereen het eens. Het rapport-Welschen heeft een beleidsprogramma voor "Ouderenzorg met toekomst" neergezet, dat uiteraard volop aandacht gaf aan de financiële problematiek. Een problematiek die niettemin toch min of meer ondergeschikt werd gemaakt aan inhoudelijke opties, met als één van de centrale vragen: waar moet de oudere met zijn zorgvragen terecht? Het antwoord was even kort als duidelijk: er moet één zorgloket komen. Wat is er van deze en andere voorgestelde oplossingen na vier jaar paars beleid terechtgekomen?

Het door mijn partijgenoot wethouder Paas in de Volkskrant gegeven antwoord, onder de titel "Terpstra's warme woorden zijn niet gevolgd door daden", kreeg een ietwat zuur onthaal, met onder meer een verwijzing naar de tekortschietende rol van het CDA als regeringspartij. Voor die rol ben ik nog steeds niet weggelopen. Ik wil die rol ook niet wegdenken, inclusief de erfenis van 100 mln. voor dit kabinet, waar de minister, mevrouw Borst, het over had. Het wordt echter langzamerhand wel een gebarsten grammofonplaat, die de CDA-fractie anno 1998 niet meer behoeft aan te horen. Het gaat immers nu om het door deze staatssecretaris gevoerde

ouderenbeleid. Had wethouder Paas dan ongelijk?

De feiten spreken voor zichzelf. Het kabinet is in het regeerakkoord van een te laag groeipercentage voor de zorg uitgegaan, ook voor de zorgvoorzieningen voor ouderen. Mijn collega sprak daar ook al over. Een beleid van iedere keer achteraf wat bijplussen demotiveert alle werkers in de zorg en brengt de hulpvragers in grote verlegenheid en onzekerheid, soms zelfs in paniek.

Het gejojo met maatregelen in de thuiszorg en de problematiek rond de gemeentelijke indicatieorganen zijn funest geweest of dreigen dit te worden. Mijn collega is hierop reeds uitvoerig ingegaan. De onevenwichtige, vaak al te snelle, afbouw van de verzorgingshuizen – wethouder Paas noemt dit ontmanteling – zonder dat de opbouw van de thuiszorg hiermede gelijke tred hield, kan eveneens niet verzwegen blijven. Groeiende wachtlijsten en andere tekorten zijn hiervan thans de wrange vruchten. Of, zoals de Unie KBO onlangs met betrekking tot de thuiszorg constateerde, rantsoeening is inmiddels gewoonte geworden. Daardoor ontvangen ouderen structureel minder hulp dan geïndiceerd. De CDA-fractie heeft hiervoor bij herhaling gewaar-schuwd. Een volgend punt is dat een aantal belangrijke thema's in het kader van een integraal ouderenbeleid nauwelijks uit de verf zijn gekomen. Ik kom daarop terug. Last but not least is de noodzakelijke samenhang in het ouderenbeleid onvoldoende tot stand gekomen.

Mijnheer de voorzitter! Alvorens op enkele van deze veelzeggende feiten nader in te gaan, wil de fractie van het CDA voor het juiste evenwicht ook duidelijk gezegd hebben, dat er ook aansprekende wapenfeiten zijn te melden, die door de CDA-fractie zeker positief worden gewaardeerd. Genoemd kunnen worden het programma voor de afbouw van de zes-, vijf- en vierpersoonskamers en straks ook de tweepersoonskamers in de verpleeghuizen. Ik noem het "bejegeningsproject" in de verpleeghuizen, evenals de grotere aandacht voor de palliatieve zorg. Ik doe maar een greep. De afschaffing van de vermogenstoets mag uiteraard bij deze staatssecretaris ook niet onvermeld blijven, al hadden wij, zoals de staatssecretaris bekend is, een duidelijke voorkeur voor een

later tijdstip en een andere invulling, mede omdat toch de overgangs-problematiek onvoldoende onderkend bleek te zijn. Het ging bovendien om een niet geringe financiële operatie, die veel extra middelen vergde die niet zouden kunnen worden ingezet voor de zorg zelf.

Het is aan ons als oppositie om de feiten van het kabinet bloot te leggen. Vooral de staatssecretaris zal daarvoor begrip hebben, want zij heeft het in haar vorige leven, als Kamerlid tijdens de vorige kabinetsperiode, eveneens gedaan. Daarom wil ik eerst stilstaan bij de beoordeling van de rol van de staatssecretaris als coördinerend bewindsvrouw voor het ouderenbeleid. In de voortgangsrapportage van juni 1997, maar ook elders, benadrukt de staatssecretaris deze rol onder meer als volgt. "In die hoedanigheid van coördinerend bewindsvrouw spreekt zij andere bewindspersonen aan op hun beleidsvoornemens, voorzover die ouderen kunnen raken in hun specifieke belangen, dan wel ongewenste consequenties kunnen hebben." Dat is klare taal, die ons aanspreekt, want het gaat allereerst om een samenhangend ouderenbeleid.

Wie dan nu toch wel eens een verantwoording over de bereikte samenhang verwacht in de weergave van een reeks aansprekende voorbeelden, komt bedrogen uit. Slechts één voorbeeld wordt genoemd, te weten de voortgang bij de wet- en regelgeving op het terrein van de bestrijding van de leeftijdsdiscriminatie. Ik noem dat een gemiste kans, maar wij geven graag de staatssecretaris alsnog de kans om haar coördinerende rol te beleggen met duidelijk herkenbare resultaten. Op welke zaken heeft de staatssecretaris nu de collega's aangesproken en met welk resultaat? Nu het voortgangsbulletin over het integraal ouderenbeleid al sedert maart 1997 niet meer is uitgekomen, ontberen wij hier node het gewenste inzicht.

Wij zijn ook erg geïnteresseerd in de inbreng van deze staatssecretaris bij de koopkrachtplaatjes en dat gelet op de financiële positie van ouderen; dit mede vanwege de nauwe samenhang met de eigenbijdrageproblematiek. Het ging en gaat hier terdege om beleidsvoornemens die ouderen kunnen raken in hun specifieke belangen dan wel ongewenste consequenties kunnen

## Van Leeuwen

hebben. Hoe dit ook zij, de CDA-fractie heeft ervaren hoe één moment van onbedachtzaamheid – de AOW-uitglijder – kan maken dat men jaren schreit. Hoe zal het dan nu de paarse coalitie vergaan na vele momenten van onbedachtzaamheid, te beginnen met de Troonrede en nog diverse malen daarna? De storm en onrust over de koopkrachtplaatjes is zeker nog niet geluwd.

Ook in ander opzicht hebben wij nog niet gemerkt dat er een einde is gekomen aan de verkokering, de versnippering, waardoor er nu nog onvoldoende sprake is van een samenhangend beleid. Toegegeven, dat is zeker geen eenvoudige opgave, maar wel een volstreekte noodzaak. Een beleid waarbij bijvoorbeeld 50% van de nieuwe ouderenwoningen wordt gebouwd op de Vinex-bouwlocaties – het is zelfs de vraag of dit nu wel zo aansluit op de behoeften van de ouderen – maar waarbij de openbaarvervoersvoorzieningen niet in voldoende mate aanwezig zullen zijn, wat toch de algemene klacht is, staat haaks op wat wij onder een samenhangend ouderenbeleid verstaan en, naar ik hoop, ook de staatssecretaris. Spreekt de staatssecretaris hierop haar collega's aan? Wij beperken ons tot deze twee voorbeelden.

Voor het volgende onderwerp wil ik aanhaken bij het rapport van het Sociaal en cultureel planbureau "Ouderen 1996". Hierin wordt aangegeven dat de leefomstandigheden en maatschappelijke perspectieven van de meeste ouderen overwegend positief zijn. Dat is uiteraard verheugend. Niettemin is er sprake van substantiële problemen voor deelgroepen als alleenstaande ouderen met een laag inkomen, tehuisbewoners en allochtone ouderen, de groepen kwetsbare ouderen derhalve. Voor deze groepen was – deze problemen zijn namelijk niet van vandaag of gisteren – en is categoriaal beleid als aanvullend beleid bitter noodzakelijk. Of, zoals de memorie van toelichting stelt: deze groepen hebben zeker nog extra beleidsmatige aandacht nodig. De kans op isolement en vereenzaming van al deze groepen neemt immers toe, evenals de behoefte aan zorgvoorzieningen. Is het gevoerde en te voeren beleid dan toereikend? Naar het oordeel van de CDA-fractie bepaald niet. Op zich zijn projecten als "contactpersonen oudere

vrouwen", "grijs op eigen wijs" en de diverse projecten voor allochtone ouderen uitstekend, maar over de gehele linie was de extra beleidsmatige aandacht bepaald te mager. Heeft de staatssecretaris nu echt de indruk dat zij respectievelijk aan de adviezen "Ongewenste verschillen" en "Kleur bekennen" van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid al de noodzakelijke invulling heeft gegeven? De toegankelijkheid van de zorg- en welzijnsvoorzieningen laat eveneens nog te wensen over.

De positie van ouderen uit minderheidsgroepen vergt een nieuwe aanpak, zo lezen wij. Waaruit zal deze dan bestaan?

Wij hadden eveneens mogen verwachten dat zou worden ingespeeld op de Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997 "De som der delen" van het RIVM, waaruit duidelijk is geworden dat de levensverwachting de komende jaren blijft stijgen, waardoor nu ruim 14 jaar door mannen en 20 jaar door vrouwen in minder goede gezondheid wordt doorgebracht.

Naar onze overtuiging kan de staatssecretaris dan niet volstaan met enkele meermalen uitgesproken volzinnen in de memorie van toelichting. Ik citeer: "Gezien het toenemend aantal ouderen én de toename van de levensverwachting zal de vraag naar zorg toenemen. Dit zet in toenemende mate de zorgvoorzieningen voor ouderen onder druk. Het gaat daarbij met name om verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg." Hierna volgt dan de mededeling dat voor meer handen aan het bed vanwege de toegenomen zorgzwaarte 145 mln. voor verpleeg- en verzorgingshuizen en 103 mln. voor de thuiszorg vanaf 1998 structureel beschikbaar komt. Intussen is hierbij, als uitwerking van de motie-Wallage, nog een bedrag van 90 mln. bij gekomen. Is de staatssecretaris nu werkelijk van mening, dat hiermede een oplossing kan worden bereikt voor de bijvoorbeeld door de Woonzorgfederatie geschetste problematiek van de steeds groeiende wachtlijsten: 35.000 wachtenden voor u, waarvan 19.000 urgent? Of beschikt de staatssecretaris over heel andere cijfers?

De CDA-fractie zal geenszins ontkennen dat de caresector verhoudingsgewijze in 1998 goed wordt bedeed – dat is zeker een

verdienste van beide bewindslieden – maar we vinden het nog steeds onvoldoende. Want té lang is bijvoorbeeld volgehouden dat de afbouw van de verzorgingsplaatsen verantwoord was. Bovendien stoort ons toch wel een beetje dat in Prinsjesdag Special breed wordt uitgemeten, dat de staatssecretaris "over deze begroting drie jaar heeft gedroomd". Ik neem aan dat de staatssecretaris van haar eigen departement de koppen ook ziet. Elders, in Zorgvisie, wordt gesteld dat "Terpstra nu echt aan de slag kan". Hiervan gaat een verkeerde suggestie uit. Hebben de werkers op de vloer dan toch gelijk dat er geen inzicht is in de problematiek? Zelfs met alle extra gelden komt er helaas nog geen einde aan de verschraling van de directe zorg. Kwantitatief, maar zeker ook kwalitatief, is de ouderenzorg nog niet op peil. In ieder geval zullen, voorzover alle andere alarmerende feiten de staatssecretaris nog niet uit de droom hebben geholpen, toch nu de indringende Netwerk-uitzendingen van de laatste tijd de ogen wel hebben geopend. De zorgkloof is nog steeds groot en krijgt bovendien nu ook – dat vond ik zo typerend in die uitzending waarbij ook de minister aanwezig was – zo'n sterke weerslag op de professionele werkers, met alle toekomstige gevolgen van dien: in de verpleeghuizen, in de verzorgingshuizen – "Paars maakt het echt té grijs" – en de thuiszorg.

Mijnheer de voorzitter! De vraag rijst dan ook: waar zetten we voor de komende vier jaar op in? Ofwel: welke claims zal de staatssecretaris voor haar deel op tafel leggen? Deelt de staatssecretaris de becijferingen uit de CSO-notitie: 3% plus? In dat kader kunnen recente onderzoeken en inventarisaties ons in ieder geval helpen, al is het soms moeilijk – dat geef ik ruiterslijk toe – door al die bomen het bos nog te zien. Wat is nu het juiste materiaal? Al het materiaal dat nu beschikbaar is uit rapporten, zal met bekwame spoed in onderlinge samenhang moeten worden gebracht en tot beleidskeuzes moeten brengen.

Wat gaat de staatssecretaris bijvoorbeeld doen met de uitkomsten van het rapport "Zicht op zorgvoorzieningen voor ouderen 1997"? In ieder geval blijkt dat de discussie met de CDA-fractie in dit huis, ter gelegenheid van de Overgangswet, over de discrepantie tussen de

## Van Leeuwen

geraamde benodigde capaciteit in verzorgingshuizen en de daadwerkelijk benodigde capaciteit die op enig moment zou kunnen ontstaan – een discrepantie die toen door ons werd gesignaleerd – volkomen terecht was. Sterker nog: deze krijgt een extra accent vanwege het zo sterk uiteenlopen van het zorgaanbod voor ouderen van regio tot regio. Dit gegeven, gevoegd bij een relatief afnemen van het aantal zorgvoorzieningen, vraagt in het licht van de toenemende vergrijzing, alsmede van de toenemende behoeften mede als gevolg van veranderende leefpatronen die ook een andere vraag creëren, om een nationaal beleidsplan voor de ouderenzorg. Met alleen het mitigeren van de te verwachten capaciteitsreductie bij de verzorgingshuizen zullen we het niet redden. Gewenst is een nationaal beleidsplan voor de ouderenzorg, waarin de behoeften aan zorgvoorzieningen – maar dan op basis van cijfers waar we het met z'n allen over eens worden –, de gewenste samenhang tussen wonen, woonomgeving en zorg, alsmede de niet geringe problematiek van menskracht en opleidingen, mét de visie op de mogelijkheden van mantelzorgers en vrijwilligers in de toekomst, in onderlinge samenhang en met een hierop afgestemd financieel kader worden vastgelegd. Ook vanuit het veld zijn hiervoor al de nodige bouwstenen aangedragen. Al die signalen liegen er niet om, maar wat is en wat wordt ermee gedaan?

Voorzitter! Al jaren staat de onverbreekelijke samenhang tussen wonen en zorg vast. Vandaar dat de fractie van het CDA het ontbreken van de VROM-component als een extra risico zag voor de moderniseringsoperatie. Immers, het moet uitgesloten zijn dat ouderen alleen al door tekortkomingen in woning en woonomgeving hun huis moeten verlaten en zich noodgedwongen moeten laten opnemen. Wie echter kennis heeft genomen van recente studies, slaat de schrik om het hart: tot het jaar 2005 een tekort van 370.000 voor ouderen geschikte woningen. Dat tekort kan niet worden ingelopen met de beperkte extra impulsen die de staatssecretaris van VROM zich voorstelt, ook al ligt de verantwoordelijkheid voor het realiseren van voldoende voor ouderen geschikte woningen in de eerste plaats bij gemeenten en marktpartijen.

Het niet realiseren van deze noodzakelijke aantallen geschikte woningen zal automatisch leiden tot een opwaartse druk op de zorgvoorzieningen. Vandaar dat ik dit punt aan de orde stel. In hoeverre zullen de aangescherpte regels bij de woonruimteverdeling en de acties ter bevordering van de toegankelijkheid hier voldoende soelaas bieden? Er wordt wel veel in het vooruitzicht gesteld, maar het is wel rijkelijk laat en onvoldoende.

Dat is ook gebleken bij de volkshuisvestingsbegroting. Ik verwijs in dit verband naar de beantwoording van de vragen van mijn collega Baarda. De staatssecretaris van VROM maakte toen een erg merkwaardige opmerking. Hij stelde dat het belangrijke onderwerp van het scheiden van wonen en zorg vanuit twee perspectieven bekeken moest worden. Het eerste heeft te maken met wat de mensen willen. Ik citeer de staatssecretaris: "Willen zij zo lang mogelijk zelfstandig wonen, dan moet ik ervoor zorgen dat er voldoende woningen zijn waarin men op een goede wijze kan wonen." Dat lijkt mij een schot voor open doel, alsof deze wens van ouderen niet al jaren bekend is! Wij schrikken dan ook van zo'n uitspraak en evenzeer van het volgende deel van het antwoord van de staatssecretaris: "Het tweede perspectief heeft te maken met de organisatie van de zorg. Het heeft namelijk geen zin om die woningen ter beschikking te hebben als er geen zorg op maat kan worden geleverd."

Zitten de bewindslieden nu op elkaar te wachten? Verschuilt de staatssecretaris van VROM zich achter het ontbreken van voldoende zorg op maat? Die indruk wordt met deze tekst toch gewekt? Het wordt de hoogste tijd dat de coördinerend staatssecretaris hier volstrekte helderheid schept!

Verklaart deze ontwikkeling soms ook de gesignaleerde onenigheid in de paarse coalitie en tussen deze beide staatssecretarissen als het gaat over de financiële steun aan het unieke Haagse project "Zorg en wonen"?

Mijnheer de voorzitter! De overgang naar het scheiden van wonen en zorg ligt nu voor de hand. Op 20 december 1996 werd in de brief van de staatssecretaris uitgesproken dat het aanbrengen van een scheiding tussen wonen en zorg nog steeds aanbeveling verdiende,

zij het binnen een aantal hoofdlijnen. Sedertdien hebben wij een tweetal interim-adviezen zien voorbijgaan, één van de VROM-raad en één van de Raad voor de volksgezondheid en zorg. Deze zijn onlangs gevolgd door de adviezen.

Hebben wij het goed begrepen dat tussen het verschijnen van de interim-adviezen en de adviezen het een en ander veranderd is? De vrijheid van ouderen om keuzes te kunnen maken in de kwaliteit van de woning en het streven naar een maar gevarieerd aanbod aan zorg waren voor de VROM-raad belangrijke argumenten om de functionele scheiding van wonen en zorg te onderschrijven, waarbij de afbakening werd gezocht in het contractuele criterium. De RVZ opteerde ervoor dat bewoners van een verzorgingshuis, beschermde woonvormen en andere AWBZ-voorzieningen de huur van de woonruimte zelf gaan betalen om zo ook meer invloed op de kwaliteit van "hun" woning te krijgen. De onlangs uitgebrachte adviezen gaan meer over de gewenste samenwerkingsvormen, met de teneur het vraagstuk van het scheiden van wonen en zorg gefaseerd aan te pakken met een overgangperiode tot 2010. Naar mijn gevoel gaat het bij beide raden om een tweesporenbeleid.

In haar brief van 11 februari 1998 aan de voorzitter van de Eerste Kamer komt de staatssecretaris wel zeer snel tot de conclusie dat het scheiden van wonen en zorg in bestaande verzorgingshuizen niet aan de orde is, anders dan in individuele situaties waartoe al is besloten of die in uitvoering zijn. Wil de staatssecretaris haar standpunt in de brief nog eens diepgaand onderbouwen? Ik heb alle onderliggende stukken gelezen. In het licht van het feit dat nu slechts 5 à 10% van de huidige bewoners in staat kan worden geacht de regie over het eigen leven te voeren, zijn de laatste zinnen uit de brief van de staatssecretaris wellicht te begrijpen. Maar er speelde indertijd veel meer rond de toch vrij unanieme keuze voor het scheiden van wonen en zorg. Bovendien was de trend van de uitkomsten van het onderzoek van Van Loveren en partners toch al eerder gesignaleerd. Laten wij dat allemaal achter ons? En wat betekent dat voor de huidige eigenbijdragesystematiek, voor de beschermde woonvormen etc.? Wat valt in dit

## Van Leeuwen

verband te zeggen over de brief van de NVVZ en de LVT van 30 juni 1997, waarin nadrukkelijk is gepleit voor twee gescheiden AWBZ-verstrekingen in de ouderenzorg: een verstrekking voor residentiële verpleging en verzorging en een vergoeding voor verzorging en verpleging aan huis? Kortom, er zijn veel vragen maar nog onvoldoende antwoorden. Wij geven de staatssecretaris graag de ruimte om de onhelderheid die blijkbaar ook in het veld rond alle adviezen en haar brief bestaat, weg te nemen. Kan de staatssecretaris zich nu iets voorstellen bij een nationaal beleidsplan voor de ouderenzorg, mede om ervoor te zorgen dat niet iedere kabinetsperiode weer op een ander beleid moet worden ingestoken? Zal er voldoende draagvlak zijn voor de nu door haar ontvouwde visie?

Mijnheer de voorzitter! Meer samenwerking en onderlinge afstemming van de diverse zorgvoorzieningen wordt nu al jarenlang bepleit. De eenloket-gedachte heeft als gedachte breed ingang gevonden, maar is toch nog steeds op te beperkte schaal werkelijkheid geworden. Publicaties hierover zijn er in veel soorten en afleveringen. In antwoord op bij de begrotingsbehandeling gestelde vragen wijst de staatssecretaris op de verschillende pilotprojecten die meer samenhang moeten brengen in het veelal gefragmenteerde aanbod. De staatssecretaris geeft dat dus toe. Daarmee moet uiteindelijk, zo staat er, worden bevorderd dat ouderen bij de samenleving betrokken blijven. Dat moet uiteraard ook bevorderd worden, maar het gaat er vooral om dat de oudere met zijn hulpvraag niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Het aanbod is echter niet alleen nog versnipperd, maar vaak ook niet adequaat. Dat wil zeggen dat niet de zorg wordt geleverd waaraan de oudere behoefte heeft: zorg op maat. Ouderen moeten zo lang mogelijk de regie over hun eigen leven kunnen behouden. Zij moeten zelf de keuzes in hun leven kunnen maken, ook wanneer zij door gebreken beperkt zijn in hun keuzemogelijkheden, ook – zo stelt de CDA-fractie met nadruk – keuzes voor identiteitsgebonden zorgverlening. Vindt de staatssecretaris dat zij terzake in de afgelopen jaren voldoende heeft bereikt waar het gaat om dat samenhangende

zorgaanbod dat met één belletje of één bezoekje voor de oudere beschikbaar komt? Waarom wordt ook de reeds vele malen gedane suggestie om deze samenwerking af te dwingen niet opgepakt, namelijk door bij de functionele omschrijving van de zorgaanspraken de afstemming van zorg als een vereiste op te nemen? Zou het langzamerhand niet een keer tijd worden? Wij hebben het veld lang genoeg de tijd gegeven. Het gaat nu om de ouderen.

Ouderen moeten metterdaad kunnen participeren. Dat brengt ons ook op hun rol bij de totstandkoming en vormgeving van regiovisies. Zijn de ouderen hierbij nu volop betrokken? En hebben zij de kans gekregen, zich voor deze geenszins gemakkelijke taak voldoende toe te rusten? Is door de staatssecretaris in dit kader uitwerking gegeven aan het Loroz-advies? En zal het zo succesvolle project Regionale zorgvisie ouderen kunnen worden voortgezet? Het behoeft voorts geen verder betoog dat de CDA-fractie met spanning en verwachting uitziet naar het beleidskader ten behoeve van het vrijwilligerswerk, waarin een samenhangende visie zal worden gepresenteerd. Wanneer is deze visie te verwachten? Mantelzorg heeft, als een onmisbare schakel in de hulp- en zorgverlening, vanouds een grote plaats in het denken en het handelen van de CDA-fractie, maar ook van de staatssecretaris zo is mij bekend. Ondersteuning van deze partners in de zorg is een harde noodzaak. Wij juichen een adequate ondersteuning, zowel financieel als inhoudelijk, dan ook toe. Wij beschouwen 2 mln. voor het opzetten van een netwerk van coördinatie en steunpunten echter als een minimaal begin. Niet alleen is de werkdruk voor de professionele werkers uitermate groot, maar doordat er sprake is van te weinig handen aan het bed raken ook de mantelzorgers nog sneller overbelast. Dan schieten de ouderen en de mantelzorgers er helaas ook niets mee op dat de staatssecretaris mantelzorgondersteuning tot de direct-cliëntgebonden zorg aan het bed rekent. Er is gewoonweg geen of onvoldoende tijd voor die ondersteuning van de mantelzorgers. Daarom moet het wel via aparte steunpunten. Uiteraard mag ook een pleidooi voor het opnemen van de palliatieve zorg in het reguliere aanbod niet ontbreken. Ik spreek trouwens mijn

dank uit voor de eerste stappen die in dit verband gezet zijn.

Mijnheer de voorzitter! De tijd ontbreekt mij om nog uitvoerig in te gaan op het hete hangijzer van de cumulatie van de eigen bijdragen. Wat is hieraan gedaan en wat zal hieraan nog gedaan worden? Ook heb ik geen tijd meer om in te gaan op de te verwachten personeelsproblematiek. Daarover heeft mijn collega echter al gesproken. Het imago van de sector zal evenwel moeten veranderen. Alle mogelijkheden voor extra handen aan het bed dienen te worden aangegrepen. Het is toch wel wrang dat juist de zorgsector duizenden Melkertbanen heeft moeten teruggeven, al is er nu een keer ten goede. Uit eigen ervaring in de Haagse regio kan ik met overtuiging zeggen dat het fantastisch werkt, maar het had al tijdens de afgelopen tijd grotere aandacht behoren te krijgen.

Het was een kritisch verhaal vanuit onze zorgen over de zorg voor ouderen. Voldoende zorg op maat moet op afroep beschikbaar zijn en komen voor de oudere generatie. Met minder mogen wij niet toe, zeker niet in een tijd dat het ons economisch voor de wind gaat.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Ons land kent een gezondheidszorg die goed toegankelijk, redelijk betaalbaar en van hoge kwaliteit is. Ook internationaal gezien, scoren wij goed. Dat moet zo blijven. Maar eenvoudig is dat niet. Tal van ontwikkelingen dragen ertoe bij dat de gezondheidszorg voortdurend in beweging is. Zowel exogene ontwikkelingen als bewuste beleidskeuzes liggen daaraan ten grondslag. Ik doel daarbij op demografische ontwikkelingen – vergrijzing en ontgroening – wijzigingen in ziektepatronen, de toename van infectieziekten, de vorderingen in de medische wetenschap en techniek, de noodzaak van kostenbeheersing, de emancipatie van de patiënt, de noodzakelijke aandacht voor ethische kwesties en de veranderende besturing van de gezondheidszorg. En dan nog ben ik niet volledig. Er zijn dus nogal wat dossiers die de volledige inzet van de minister en de staatssecretaris vergen. De VVD-fractie heeft veel waardering voor de inzet van de bewindsvrouwen en

## Dees

voor de resultaten die op tal terreinen zijn geboekt. In het bijzonder noem ik de wetgeving inzake gezondheidsethische vraagstukken in de ruime zin des woords en de beleidsintensiveringen in de caresector.

Op een aantal belangrijke dossiers wil ik nader ingaan met het verzoek aan de bewindsvrouwen om hierop ook in beschouwende zin te reageren. Ik begin met de volumegroei en de kostenbeheersing. Als woordvoerder voor volksgezondheid verheugt het mij zeer dat de politieke groepering waartoe ik behoor, de VVD, in het verkiezingsprogramma voor de periode 1998-2000 heeft gekozen voor een volumegroei van ruim 2% per jaar. Dat is ten opzichte van de in het huidige regeerakkoord opgenomen volumegroei van 1,3% per jaar een fikse financiële intensivering die het mogelijk moet maken om de kosten van de vergrijzing van de bevolking en van de vooruitgang in de geneeskunde beter op te vangen.

Ondanks deze door ons bepleite hogere groei voeten zullen de inspanningen overigens blijvend gericht moeten zijn op kostenbeheersing. Met name uit de toekomstverkenningen voor de volksgezondheid van het RIVM blijkt dat door versnelde vergrijzing en ontgroening de zorgvraag in een periode van bijvoorbeeld 30 jaar voor een groot aantal ziektebeelden, gemeten in aantal patiënten, toeneemt met maar liefst 30% tot 40%. Die cijfers gelden met name voor de 10 ziekten met de hoogste prevalentie, zoals gewrichts-slijtage, CARA, depressies, suikerziekte, hartinfarcten en dementie. Zulke cijfers voor de toekomst laten zien, hoe noodzakelijk kostenbeheersing is om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen. Kostenbeheersing blijft overigens ook noodzakelijk om de gezondheidszorg betaalbaar en dus toegankelijk te houden, en om de druk van de premies op de arbeidskosten te matigen, in verband met handhaving en zo mogelijk verbetering van onze internationale concurrentiepositie. Kostenbeheersing is ook nauw verbonden met het functioneren van het verzekeringsstelsel. Daarover nu een korte beschouwing.

Terzake van het verzekeringsstelsel bepleit de VVD-fractie overeenkomstig het huidige regeerakkoord een politiek van geleidelijke aanpassingen en veranderingen boven het

alternatief van een "Grand Design". Zowel bij de pogingen tot uitvoering van de Structuurnota-Hendriks uit 1974 als bij die van het plan-Dekker in 1987 is gebleken, dat "Grand Designs" al gauw afketsen op het gecompliceerde krachtenveld in de gezondheidszorg, en op grote problemen met vooral de financieel-economische inpasbaarheid. Ook president Clinton is het, zelfs met de steun van zijn echtgenote, niet gelukt zo'n "Grand Design" uit te voeren.

Bovendien blijkt uit de ervaringen met de uitvoering van het huidige regeerakkoord al, hoe moeilijk het is om relatief kleine stappen te realiseren. Naar onze mening is overigens het gedachtegoed van het plan-Dekker in het beleid nog steeds zichtbaar aanwezig. Je zou kunnen zeggen, dat de structuur, de anatomie van het plan-Dekker niet is ingevoerd, maar de recepten, de fysiologie wel. Ik doel daarbij in de eerste plaats op het recept van de gereguleerde competitie, dat blijkens een recente notitie van de minister aan de Tweede Kamer nog steeds, doch geleidelijk, wordt nagestreefd. Dat juicht mijn fractie toe. Wij betreuren het overigens wel, dat dit pad voor de thuiszorg vooralsnog is verlaten. Kan de staatssecretaris ook in deze Kamer nog eens ingaan op de argumentatie voor deze beslissing en op de perspectieven voor de toekomst? Immers, meer differentiatie in het aanbod van zorg en het tegengaan van monopolies zijn blijkens diverse regeringsstukken, waaronder recente, doelen die ook in de gezondheidszorg binnen bepaalde grenzen moeten worden nagestreefd. Het gaat om gereguleerde competitie en niet om de economische marktwerking, zeg ik nog eens, wellicht ten overvloede. Maar dat was ook niet door Dekker bepleit.

Het tweede hoofdpunt van het plan-Dekker was, dat ter wille van de substitutie het verzekeringsstelsel in twee compartimenten werd opgedeeld, waarbij de substitutiegevoelige verstrekkingen in een verplichte basisverzekering werden geplaatst, en de niet-substitutiegevoelige verstrekkingen in een vrijwillige aanvullende verzekering. Het laatste is inmiddels gebeurd door de fysiotherapie en de tandheelkunde deels, respectievelijk grotendeels over te hevelen naar de aanvullende verzekeringen. De substitutiegevoelige sector is niet, zoals Dekker bepleit, in één

compartiment ondergebracht, doch in twee: de care in de AWBZ en de cure in het tweede compartiment, zij het apart voor ziekenfonds en particulier verzekeren. De "knip in de thuiszorg" paste in beginsel goed in dit model en vanuit substitutieoverwegingen heeft het ons dan ook erg verbaasd dat deze beslissing is teruggedraaid. De VVD-fractie vraagt bij de geleidelijke aanpassingen en veranderingen van het verzekeringsstelsel – dat is de aanpak die wij bepleiten – aandacht voor de volgende punten.

In de eerste plaats is dat een verdere geleidelijke uitbouw van het stelsel van de gereguleerde competitie, door de zorgverzekeraars meer risico te laten dragen. Instrumenten daarvoor zijn de verzekeraarsbudgettering, verhoging van nominale premies en verlaging van inkomensafhankelijke premies, meer differentiatie in het aanbod van zorg en versterking van de mededinging. In de tweede plaats is dat voortzetting van de convergentie in het tweede compartiment tussen ziekenfonds en particuliere verzekering. Wat zijn daar overigens de mogelijkheden, gezien de Europese wet- en regelgeving? Een korte beschouwing hierover zou mijn fractie op prijs stellen.

Om de AWBZ in de toekomst betaalbaar te houden, zal zeer kritisch naar het verstrekkingenpakket moeten worden gekeken. Reeds eerder heb ik namens de VVD-fractie gepleit voor het scheiden van wonen en zorg. Intussen zijn er verschillende adviezen uitgebracht waarin voor het scheiden van wonen en zorg, ook in de verzorgingshuizen, wordt gepleit. Ik doel daarbij met name op de adviezen van de Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ) en de VROM-raad. De negatieve reactie van het kabinet op deze goede en verstandige adviezen heeft ons buitengewoon onaangenaam verrast. Twee jaar geleden was het standpunt dat het scheiden of liever gezegd onderscheiden van wonen en zorg in verzorgingshuizen niet kon. Na interventies vanuit deze Kamer en op basis van een second opinion van de commissie-De Kam werd door het kabinet op dit standpunt teruggekomen. Nu schrijft de staatssecretaris ons dat de beoogde scheiding niet wenselijk is. Het kan dus blijkbaar wel. Eerst was het wenselijk maar kon het niet; nu kan het maar wordt het niet

## Dees

wenselijk geacht. Buitengewoon merkwaardig.

Ook na een grondige bezinning op de argumenten die ontleend zijn aan een rapport van de projectgroep, de argumenten die dus voorkomen in de brief van de staatssecretaris, komen wij tot de conclusie dat het scheiden van wonen en zorg in de vorm van de RVZ-variant – ik zeg dat met grote nadruk – nog steeds wenselijk en nog steeds mogelijk is. Immers, de contra-argumenten van de zijde van de staatssecretaris, zoals verwoord in haar brief van 11 februari jongstleden, zijn niet of slechts in zeer beperkte mate van toepassing op de zogenaamde onderscheidingsvariant van de RVZ, waarbij wonen en zorg niet fysiek worden gescheiden maar ze als het ware financieel worden onderscheiden binnen de AWBZ.

Gelukkig stelt de staatssecretaris in de laatste zin van haar brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer, een reactie vanuit deze Kamer te verwachten. Als antwoord op die vraag van de staatssecretaris bepleit de VVD-fractie een grondige heroverweging van haar standpunt, waarbij de RVZ-variant naar onze mening moet worden gevolgd. De RVZ die ik overigens wil complimenteren met de gedurfde, heldere en onafhankelijke adviezen, heeft ook een algemeen advies uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Kan op dat advies een eerste algemene reactie worden gegeven?

Het volgende dossier betreft de gezondheidsethische vraagstukken. Veel waardering heeft mijn fractie voor de wijze waarop het kabinet is omgegaan met gezondheidsethische vraagstukken. Dat is ook de vorige week in deze Kamer gebleken. Belangrijke, vaak meerjarige wetgevingsprojecten werden in deze kabinetsperiode bekwaam en zorgvuldig door beide Kamers geloodst. Ik denk daarbij aan de wijziging van de Wet op de dierproeven, de Wet op de orgaan-donatie, de Wet bijzondere medische verrichtingen en de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. Bij de behandeling van het wetsvoorstel bijzondere medische verrichtingen had de regering reeds aangekondigd met een verbod op het klonen van mensen te komen. Daarom verbaasde het ons enigszins dat begin 1998 niet direct werd overgegaan tot medeondertekening van het desbetreffende protocol van

de Raad van Europa. Immers, het niet direct ondertekenen van dat protocol kan een signaal in de verkeerde richting betekenen voor landen die het in dit soort ethische kwesties niet al te nauw nemen met normen en waarden, met transparantie en met het afleggen van verantwoording. Als die landen zien dat verklaarde voorstanders van internationale regelingen op dit terrein aarzelen, dan is dat een signaal in de verkeerde richting. Hoe is nu de precieze stand van zaken rond de ondertekening en ratificatie van het protocol? Waarom wordt de Wet bijzondere medische verrichtingen niet meteen als voertuig gekozen om een eventueel tijdelijk verbod op het klonen van mensen uit te vaardigen? Dat was toch de bedoeling?

Aanvankelijk hadden wij ook enige aarzelingen over het nut van een brede maatschappelijke discussie over het klonen met mensen, die op kennelijk verzoek van de regering zal worden georganiseerd door het Rathenau Instituut, mede op basis van een studie van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. Immers, de internationale gemeenschap heeft zich reeds in verschillende verbanden uitgesproken voor een verbod op het klonen van mensen. Kan een maatschappelijke discussie over dit onderwerp er in ons land dan nog toe leiden dat dit standpunt wordt herzien? Dat lijkt ons niet reëel. Wij beseffen overigens wel dat een breed maatschappelijk debat, dat wordt gevoerd vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines, de argumentaties kan verhelderen en het draagvlak voor verbodsbepalingen kan vergroten. In die zin kan een maatschappelijke discussie veel toegevoegde waarde hebben, al denken wij dat de regering in dat debat duidelijk moet maken dat zij tegenstander van het klonen van mensen is. Dit moet ook blijken, want anders wordt de discussie op een verkeerde toonhoogte gevoerd.

Tijdens de algemene beschouwingen in deze Kamer heeft mijn fractievoorzitter, de heer Ginjaar, gepleit voor een hogere prioriteit voor het inhoudelijk gezondheidsbeleid. Het inzicht in de determinanten van ziekte en gezondheid is sterk gegroeid. Dat gegroeide inzicht schept kansen om het inhoudelijk gezondheidsbeleid beter te funderen, te regisseren en te implementeren.

Goede voornemens zijn geformuleerd in de kabinetsnota "Gezond en wel". Inmiddels is een voortgangsrapportage uitgebracht. Daaruit komt toch nog te veel het beeld naar voren van een te projectmatig, te verkokerd beleid. Het ambitieniveau zou best wat hoger mogen liggen met als kenmerken een brede programmatische benadering in plaats van nadruk op afzonderlijke projecten, en een optimale samenwerking tussen ministeries onderling en tussen ministeries en maatschappelijke organisaties.

De samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, met de sociale partners en met de verzekeraars kan worden versterkt zowel op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat als op dat van psychische klachten, waaronder stress. Uit diverse cijfers blijkt dat de medische en maatschappelijke kosten die aan deze problematiek zijn verbonden buitengewoon hoog zijn.

In de toekomstverkenningen worden de medische kosten terzake van het bewegingsstelsel op 441 mln. per jaar geschat, terwijl de kosten wegens ziekteverzuim ruim 3 mld. en wegens arbeidsongeschiktheid ruim 2,3 mld. per jaar zouden bedragen. Voor psychische stoornissen, waaronder stress, zijn de bedragen vergelijkbaar: 189 mln. kosten gezondheidszorg, 1,8 mld. kosten ziekteverzuim en 2,8 mld. kosten arbeidsongeschiktheid per jaar.

Preventie kan hier leiden tot zowel gezondheidswinst als tot economische winst. Preventie beschouw ik als beleid aan de voordeur gericht op het voorkomen van klachten of vroegtijdige signalering en interventie. Dit moet de voorkeur hebben boven beleid aan de achterdeur, te weten arbeidsreïntegratie, hoe noodzakelijk en verdienstelijk dat spoor overigens ook is. Uiteraard weten wij dat er op dit terrein het een en ander wordt gedaan, maar het gaat daarbij naar onze waarneming vooral om beperkte programma's gericht op onderzoek en ontwikkeling. Een gezamenlijke, meer grootscheepse aanpak – samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid – kan hier mijns inziens op langere termijn een stevig rendement opleveren.

Zo'n resultaat hebben wij inmiddels wel gezien bij de

## Dees

bestrijding van sportblessures. Hier heeft een tienjarig gericht beleid mede bijgedragen aan een daling van zowel de medische als van de maatschappelijke kosten. Zo blijkt het risico op een blessure in tien jaar tijd met 19% te zijn afgenomen en is ook het jaarlijks volume aan arbeidsverzuim door sportblessures verminderd van 2,6 tot 2,1 miljoen dagen per jaar. Successen zijn dus daadwerkelijk te boeken. Kortom, mijn fractie bepleit aan de hand van dit voorbeeld meer aandacht voor het facetbeleid, met name in termen van het opzetten van een tweetal nationale programma's op de terreinen die ik noemde.

Daarnaast kan meer systematisch worden gewerkt met meetbare, kwantitatieve doelstellingen. Dit wordt door de WHO al gedurende een decennium bepleit. Ik wijs erop dat het werken met kwantitatieve doelstellingen op verschillende terreinen van overheidsbeleid gebruikelijk is. Recent hebben de G21-gemeenten ook de weg ingeslagen van het op verschillende terreinen van overheidsbeleid werken met meetbare doelstellingen, onder andere op het gebied van de criminaliteitsbestrijding. Waarom wordt deze methode dan niet in sterkere mate geïntroduceerd in de gezondheidszorg? Het voordeel hiervan is dat de effecten van beleid kunnen worden gemeten en dat kan worden nagegaan of ingezet beleid doelmatig en doeltreffend is. Evidence based health policy: dat moet de minister toch aanspreken.

Uit studie en onderzoek blijkt dat de gemeenten nog niet optimaal bezig zijn met de uitvoering van de gedecentraliseerde taken en bevoegdheden die zij ingevolge de Wet op de collectieve preventie hebben gekregen. Dat is jammer, omdat de collectieve preventie een grote bijdrage kan leveren aan het inhoudelijk gezondheidsbeleid. Intussen, zo leiden wij uit de begrotingsstukken af, heeft de minister terzake nieuwe initiatieven aangekondigd, onder andere op basis van het rapport van de commissie-Lemstra. Hoe is hier de stand van zaken?

Ook uit rapporten over het grotestedenbeleid – die rapporten zijn door de steden zelf tot stand gebracht – blijkt dat dit specifieke beleid op het gebied van gezondheid, zorg en opvang nog te weinig impulsen van VWS krijgt. Wij

dringen met klem aan op een grotere, positieve betrokkenheid van het ministerie van VWS bij het grotestedenbeleid, inhoudelijk, beleidsmatig en dus ook financieel.

Dan kom ik op de grenzen aan de zorg. Uitvoerige debatten tussen regering en parlement hebben terzake van beslissingen over de toelating tot het verstrekkingspakket van kostbare producten en verrichtingen in het verleden tot duidelijke en eensgezinde conclusies geleid. Dat gebeurde vooral in het debat tussen regering en parlement dat in 1988 plaatsvond. Vrij vertaald, kwamen de conclusies toen op het volgende neer.

Kostbare medische verrichtingen worden pas in het reguliere verstrekkingspakket opgenomen nadat daarover bewuste besluitvorming heeft plaatsgevonden op basis van uitkomsten van medisch-technologisch aspectonderzoek. Als trefwoorden noem ik daarbij: de rol van de ontwikkelingsgeneeskunde en het kosteneffectiviteitsonderzoek.

Een tweede belangrijke conclusie die toen werd getrokken, was dat in geval van financieel-economische schaarste niet moet worden gekozen voor een rantsoenering waarbij, bij gelijke indicatie, de ene patiënt wel voor een verstreking in aanmerking komt en de andere niet. Bij de taxolkwestie heeft deze situatie zich helaas voorgedaan. Geen rantsoenering, zo was indertijd de opvatting, maar prioriteitsstelling. Dat wil zeggen dat het middel of de verrichting wordt opgenomen in het pakket en dan voor iedereen toegankelijk is bij gelijke indicatie, of dat het middel niet wordt opgenomen in het verstrekkingspakket en dan ook voor niemand toegankelijk is.

Twee recente beslissingen van de minister wil ik toetsen aan deze twee conclusies van weleer, conclusies die werden getrokken door regering en parlement bij de behandeling van de nota Grenzen aan de zorg in 1988.

De eerste beslissing is de beslissing van de minister om longtransplantaties als reguliere verstreking aan te merken. Ik besef dat dit een gevoelig en moeilijk onderwerp is, maar dat ontslaat ons niet van de plicht om gevoelige en moeilijke ethische onderwerpen aan de orde te stellen. De minister heeft besloten dat deze verstreking een reguliere verstreking zou worden. De Ziekenfondsraad en de deskundi-

gen bij de Ziekenfondsraad hadden hierover anders geadviseerd. Zij adviseerden namelijk deze stap, het opnemen van de longtransplantatie in het verstrekkingspakket, vooralsnog niet te nemen. De kosten werden door de Ziekenfondsraad in relatie tot de gezondheidsbaten zeer hoog geacht. De Ziekenfondsraad bepleitte daarom eerst verder onderzoek te doen naar een verbetering van de doelmatigheid. Intussen zou ingevolge de bestaande regelingen natuurlijk wel een beperkt aantal longtransplantaties kunnen worden verricht zonder dat er meteen een wettelijke aanspraak voor iedereen zou ontstaan. Toen ik het advies van de Ziekenfondsraad over deze materie las, leek mij dat een weloverwogen en verstandig advies. Dat de minister hiervan is afgeweken, heeft bij mij toch wel enige verbazing gewekt.

Overigens hoor ik graag wat feitelijke informatie over de volgende vragen. Om hoeveel longtransplantaties gaat het? Wat zijn de macro-meerkosten? Zijn deze opgenomen respectievelijk gedekt in het Jaaroverzicht zorg 1998?

Ik kan wel een getal noemen. Op dit moment worden er in ons land twintig longtransplantaties gedaan, die 3,5 à 4 ton kosten. Bij twintig longtransplantaties praat je dus over 8 mln. Dat wordt er nu al aan uitgegeven. Als zij een verstreking worden waar iedereen aanspraak op kan maken, even aannemende dat er aanbod van longen is, praat je wel over een extra uitgave van 8 mln., als er een verdubbeling zou plaatsvinden.

De Ziekenfondsraad vroeg in het kader van "Grenzen van de zorg" of zo'n uitgave wel verantwoord is, gezien de zeer beperkte verlenging van de levensduur met drie of vier jaar, die het gevolg is van longtransplantatie. Ik vond dat moedig van de Ziekenfondsraad. Daarom vind ik het toch eigenlijk wel jammer dat er anders is beslist. Als er financiële schaarste is, dan moet de politiek ook in dit opzicht moeilijke beslissingen durven nemen.

Dan kom ik op de toelating respectievelijk vergoeding van dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen. Deze is al jaren een groot probleem, zoals de taxolkwestie heeft aangetoond. Ziekenhuizen worden geacht dure geneesmiddelen te betalen uit het reguliere budget, dat niet is verhoogd voor het grotere aantal

## Dees

dure geneesmiddelen, waarvan de kosten te vergelijken zijn met topklinische voorzieningen. Dat levert nogal wat financiële problemen op voor de ziekenhuizen. Bovendien ontstaat er rechtsongelijkheid voor de verzekerden, want de ene patiënt krijgt het middel wel en de andere niet, terwijl de medische indicatie volstrekt gelijk kan zijn. Er worden ook constructies bedacht om geneesmiddelen die eigenlijk uit het ziekenhuisbudget moeten worden betaald, af te wentelen naar de extramurale apothekers, zodat zij toch uit de Ziekenfondswet worden betaald. Dat is een omzeiling van de bedoeling van de wetgever. Het is in ieder geval niet netjes.

Alle betrokkenen waren niet gelukkig door deze problemen en bezwaren. Daarom is de afgelopen drie jaar vrij langdurig door het veld, de Ziekenfondsraad en het COTG gewerkt aan een goed gestructureerde oplossing, conform de basisprincipes uit de nota "Grenzen aan de zorg", die ik aan het begin van mijn betoog noemde.

Zie ik het goed, dan kun je die oplossing, waarover in het veld zeer brede overeenstemming bestaat, als volgt kenschetsen. Zeer kostbare geneesmiddelen worden eerst in een ontwikkelingsgeneeskundig traject beoordeeld, zoals ook bij topklinische voorzieningen gebeurt. Financiering geschiedt dan volgens een subsidie-regeling. Op grond van verkregen inzichten, onder andere over de kosteneffectiviteit, dient dan een bewuste beslissing te worden genomen over toelating tot het reguliere verstrekkingenpakket. Indien het middel op grond van positieve ervaringen en wetenschappelijke onderbouwing wordt toegelaten, dan dient dit vergezeld te gaan van een structurele budget-compensatie, zoals bij topklinische voorzieningen ook gebeurt. Als dit financieel-economisch gezien niet kan of niet verantwoord is, dan dient men de moed te hebben, het middel niet toe te laten of de toelating aan strengere voorwaarden te verbinden, zoals een scherpere indicatiestelling.

Kiest men niet voor deze gestructureerde benadering, dan zal er in de praktijk sprake zijn van rantsoenering. Dat wilden regering en parlement in het verleden niet, omdat dan bij twee patiënten in precies dezelfde omstandigheden de situatie kan ontstaan dat de een het middel wel krijgt en de ander niet.

Dan zal rechtsongelijkheid blijven bestaan en ziekenhuizen zullen trachten de kosten af te wentelen, welke methodiek niet aanvaardbaar is.

Kortom, ik verzoek de minister met enige klem haar standpunt te heroverwegen. Ik vraag haar in ieder geval om het overleg met alle betrokkenen op dit terrein opnieuw te openen en nog eens heel zorgvuldig te kijken of de systematische aanpak die ik bepleitte, voor de langere termijn niet veel beter is.

Ten slotte dit. Deze kabinetsperiode loopt ten einde en dit is dus de laatste begrotingsbehandeling met de betrokken bewindsvrouwen uit het huidige kabinet. Wij hebben de afgelopen jaren vele debatten gevoerd, minder dan de Tweede Kamer, maar voldoende om tot een positieve balans te komen. Naast lof hadden wij, zoals ook vandaag, soms belangrijke kritiek, maar die moet ook op volwassen wijze uitgesproken kunnen worden. Het is ons opgefallen dat de bewindsvrouwen altijd bereid waren tot een constructieve dialoog en tot aanpassingen van beleidsvoornemens, ook als het om wetsvoorstellen ging, waar deze Kamer geen recht van amendement heeft. Ook dan was er een open oor voor suggesties en kritiek. De VVD-fractie is de minister en de staatssecretaris erkentelijk voor die houding en hoopt dat deze houding, al is het misschien moeilijk, ook vandaag weer zal blijken.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! Hoe komt het toch dat het maar niet lukt om greep te krijgen op de gezondheidszorg? Komt dat omdat deze minister en deze staatssecretaris zo'n slecht beleid hebben gevoerd? Komt het omdat de technische mogelijkheden in de gezondheidszorg zo zijn vergroot en de consument daaraan het recht ontleent om daar dan ook gebruik van te maken? Of ligt die ongrijpbaarheid in het systeem van onze gezondheidszorg zelf? Wij leven in een tijdperk waarin wetenschap en technologie zelf een macht van belang zijn geworden. Deze ontwikkeling heeft ook in belangrijke mate de huidige geneeskunde bepaald, met als gevolg een gezondheidszorg met eigen regels en nieuwe machthebbers, zoals medici,

farmaceutische industrie en verzekeringsmaatschappijen.

Gezondheidszorg, een nieuwe natie, zo typeerde wetenschapsfilosoof Gerard de Vries vorige maand tijdens een publiekscollege – in het kader van het project Res Publica, 150 jaar Grondwet – de gezondheidszorg. De Vries signaleert een opvallende verschuiving in de geneeskunde. Niet langer staat het individu met zijn specifieke individuele klacht centraal, maar de mens wordt gereduceerd tot risicofactor. Er ontstaat een risicomaatschappij, een maatschappij waarvan de grondregeis niet meer in juridische, maar in medische en economische termen zijn geschreven. Binnen deze constellatie is de positie van de burger verzwakt. De rechten van de burger hebben geen gelijke tred gehouden met de veranderde machtsverhoudingen. Onze wetgeving is niet berekend op de medische technologische ontwikkeling.

Om de machtsverhoudingen in een – zoals De Vries het noemt – fatsoenlijke risicomaatschappij in een nieuw evenwicht te brengen, zijn nieuwe grondrechten voor burgers noodzakelijk. Hij noemt dan:

- regelingen voor de representatie van burgers in professionele monopolies;
- een constitutioneel recht op "second opinion" en contra-expertise;
- het recht van individuele burgers op kennisbijstand;
- publieke controle op professioneel toezicht;
- publieke controle op gezondheidsvoorziening;
- constitutionele garanties met betrekking tot verzekerbaarheid van mensen.

Het kan geen toeval zijn dat op hetzelfde moment prof. Van Doorslaer, bijzonder hoogleraar in de economie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, in zijn inaugurale rede met als titel Gezondheidszorg tussen Marx en markt behartigenswaardige opmerkingen maakt over solidariteit tussen rijk en arm in de gezondheidszorg. De lastenverdeling in de gezondheidszorg in Nederland vergroot de inkomensverschillen. Alleen in Zwitserland en de Verenigde Staten worden de verschillen in inkomen tussen arm en rijk door het verzekeringsstelsel nog verder vergroot dan in Nederland.

## Schoondergang-Horikx

Conclusie: de rijken in Nederland dragen relatief te weinig bij aan de nationale gezondheidszorg. Van Doorslaer is op zoek naar het optimale evenwicht tussen solidariteit en marktwerking. Evenals De Vries legt ook Van Doorslaer de nadruk op vergroting van de invloed van de consument in de gezondheidszorg. Vergroting van kennis van de burger is daarvoor een absolute voorwaarde.

Mijn fractie mist de principiële discussie over gezondheidszorg in de politiek. Discussies in de Tweede Kamer over gezondheidszorg gaan bijna altijd over onderdelen. Heel belangrijk natuurlijk, maar die deeldiscussies zouden binnen een politieke visie op de gezondheidszorg moeten worden gevoerd.

Er is veel aan te merken op het gevoerde gezondheidszorgbeleid. Deze bewindsvrouwen – dus in feite het hele paarse kabinet – is te verwijten dat er onvoldoende geld beschikbaar was voor de gezondheidszorg (minister Borst moest steeds opnieuw om geld vragen) en dat zij binnen het beschikbare budget veel te weinig geld beschikbaar hebben gesteld aan de care. Hen valt te verwijten dat zij niet de juiste principiële vragen hebben gesteld, en dat zij te veel in de marge hebben gesleuteld en daarbij nogal eens foute beslissingen hebben genomen, die overigens soms weer werden teruggedraaid. Bovendien hebben zij niet de wijsheid gehad om de alternatieve (beter gezegd: additionele) geneeskunde op haar waarde te schatten. Een waarde die de reguliere geneeskunde nog te vaak, tegen beter weten in, ontkent.

Hoe zou het wel moeten? Wat voor soort gezondheidszorg wordt inzet van de volgende kabinetsformatie? De ideeën van De Vries en Van Doorslaer passen wonderwel in het beeld van een gezondheidszorg dat GroenLinks voor ogen staat. Ik zal dat beeld kort schetsen, in negen punten. Ik stel ook prijs op een reactie op deze schets.

1. Welzijn. De overheid moet ten behoeve van de gezondheidszorg meer investeren in het kader van welzijn. Die "W" valt ook onder dit ministerie. Zijn de bewindsvrouwen het met GroenLinks eens dat zij voor het welzijnsonderdeel van het overheidsbeleid meer verantwoordelijkheid zouden moeten nemen? Herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid is zo'n instrument.

De GroenLinks-fractie in de Tweede Kamer heeft vorige week opnieuw, nu samen met de PvdA en D66, een ontwerpwet voor deeltijdarbeid ingediend. Herverdeling van arbeid en zorgtaken, verbetering van kinderopvang in aantal en openingstijden, betere afstemming in de ruimtelijke ordening ten aanzien van wonen, werken en onderwijs, afstemming tussen aanvangstijden van scholen: allemaal zaken die een positieve uitwerking hebben op het gebruik van de gezondheidszorg. Al was het maar door vermindering van stress, een van de voornaamste oorzaken van uitval en van een beroep op de gezondheidszorg. Ik verwijs naar de cijfers die collega Dees hierover zojuist noemde.

2. Budget. Er wordt een macrobudget vastgesteld op basis van een goede raming van wat nodig is voor een rechtvaardige, solidaire gezondheidszorg. Net als andere partijen laat GroenLinks in haar verkiezingsprogramma het budget voor de gezondheidszorg met tenminste 2% per jaar groeien. Binnen dat budget moet er meer geld toevloeien naar de care. Van de partijen hier in de Eerste Kamer vertegenwoordigd heeft alleen de SP de moties gesteund die hierover door GroenLinks in de Tweede Kamer zijn ingediend. Onbegrijpelijk!

Beteugeling van de kosten in de cure wil maar niet lukken, zoals bij geneesmiddelen. Ondanks de wet die daarover is aangenomen, blijven de kosten van geneesmiddelen stijgen. Wat zijn de ervaringen van de minister bij het toepassen van deze wet?

In deze Kamer kwam twee jaar geleden de rol van de media ten aanzien van nieuwe technologische ontwikkelingen en nieuwe medicijnen ter sprake. Toen vond de minister het ontwikkelen van een gedragscode belangrijk. Zij zou daar actie op ondernemen. Heeft zij die actie ondernomen? Is er nu een gedragscode?

3. Financiering. Teleurstellend, dat er door verdeeldheid in paars op dit punt nog steeds geen wervend en overtuigend concept voor organisatie van de volksgezondheid is. Volgens GroenLinks moet er één brede volksverzekering komen, voor zowel cure als care. Gezondheidszorg moet worden gefinancierd door middel van inkomensafhankelijke premies. In dat verband verwijs ik naar het rapport van de WRR van juni 1997

met als titel "Volksgezondheidszorg" en naar de rede van prof. Van Doorslaer.

Zolang het Nederlandse verzekeringsstelsel nog onderscheid maakt tussen cure en care, moeten volgens GroenLinks in ieder geval in de cureverzekering het onderscheid tussen loon en inkomen en de inkomens- en leeftijdsgrens verdwijnen. In de caresector wordt de premie voor de AWBZ niet alleen over de eerste belastingschijf geheven. Over de hoogte van die premie kan worden gediscussieerd. De eigen bijdragen worden afgeschaft. Wel mogen thuiszorginstellingen de kosten in rekening brengen die ook moeten worden gemaakt door mensen zonder functiebeperking.

4. Aansturing van de zorg. De zorg verandert van aanbodgestuurd in vraaggestuurd. Het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgend budget worden uitgebouwd. Helemaal in de lijn van de voorstellen van wetenschapsfilosoof De Vries en van econoom Van Doorslaer krijgt de consument, de cliënt of de patiënt, hoe men hem maar noemen wil, een grotere invloed en dus ook meer verantwoordelijkheid.

GroenLinks heeft grote kritiek op de nu voorgestelde constructie waarbij in de figuur van het zorgkantoor te veel macht is gelegd bij de zorgverzekeraars. Een raad van advies, zoals wordt voorgesteld om de andere participanten in de gezondheidszorg, zoals zorgvragers, zorgaanbieders en de lokale en regionale overheden bij het beleid te betrekken, is volstrekt onvoldoende. Op z'n minst moet dat een raad van toezicht worden. Maar GroenLinks heeft betere ideeën over de organisatie van de gezondheidszorg.

5. Organisatie. In onze visie wordt het land verdeeld in regio's. Elke regio krijgt een deel, gebaseerd op inwonertal, van het macro vastgestelde budget, een integraal regionaal budget, in ieder geval voor de caresector. Als het aan mijn fractie ligt wordt het een regionaal budget voor de totale gezondheidszorg. Hoog gespecialiseerde voorzieningen blijven landelijk aangestuurd. Per regio moeten zorgvragers/consumenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten het toegekende budget verdelen over de sectoren van de gezondheidszorg. Er komt een functionele omschrijving van zorg,

## Schoondergang-Horikx

en die zorg wordt toegekend op basis van integrale onafhankelijke indicering, en dat onder een publiek toezicht.

6. Doelmatigheid. Ondoelmatigheid wordt aangepakt. Er worden nog steeds onnodige medische handelingen verricht, met als gevolg een onnodige belasting van patiënt en financiën. Dat kan komen doordat in een ziekenhuis de verschillende afdelingen niet op elkaar zijn afgestemd en er dubbele onderzoeken worden verricht, het kan zijn dat medici geen enkel risico willen lopen en iedere patiënt door de hele medische molen halen, en het kan ook zijn dat de consument te snel naar de dokter loopt. De helft van alle klachten gaat ook over zonder tussenkomst van de huisarts. De huisarts heeft in de voorlichting daarover een belangrijke functie. Bovendien moet de poortwachtersfunctie van de huisarts zwaarder worden ingevuld.

Ook bij de toekenning van hulpmiddelen wordt dubbel werk gedaan. Men respecteert vaak elkaars keuringen niet. Bureaucratie veroorzaakt veel ontoelaatbaar oponthoud en daardoor veel onnodig leed. Het komt voor dat hulpmiddelen beschikbaar komen nadat de cliënt is overleden! De Raad voor de volksgezondheid en zorg heeft in zijn advies "Medische hulpmiddelen" van 20 november jongstleden voorgesteld dat als alternatief voor de vergoeding in natura patiënten geld zouden moeten kunnen krijgen. Dat voorstel sluit aan bij de door ons bepleite grotere verantwoordelijkheid van de burger. Wat vinden de minister en de staatssecretaris van dit advies?

7. Prioriteitsstelling. Onze maatschappij moet prioriteiten stellen. Waaraan geven we voorrang? Aan een verhoging van de kwaliteit van het leven of aan een verlenging van het leven, aan de hoognodige verbetering van de zorg aan ouderen en mensen met een handicap of aan een uitbreiding van hoogtechnische medische ingrepen? Ik ben mij ervan bewust dat dit een valse keuze is. Het is natuurlijk ook niet of cure of care. Maar er moeten wel accenten worden gelegd. En dat er voor de caresector een beschaamd tekort aan geld is wordt met de dag duidelijker. Niemand zal nog ontkennen dat dit tekort de kwaliteit van leven van miljoenen mensen die

afhankelijk zijn van die zorg sterk negatief beïnvloedt.

De belofte van meer handen aan het bed, door dit kabinet gedaan, is niet ingevuld. De uitslag, een paar weken geleden, van een groot onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden was verpletterend. Dit heeft terecht veel publiciteit gekregen. Is het verwonderlijk dat ruim 98% van het verpleegkundig personeel niet alleen geen vertrouwen in de politiek heeft, maar zelfs een absoluut wantrouwen? Mijn fractie pleit al jaren voor meer aandacht voor preventie en voor een verschuiving van de middelen van cure naar care, waarbij binnen de care het accent moet worden gelegd op extramurale voorzieningen, zoals de thuiszorg en het PGB.

Betere salariëring en betere arbeidsvoorwaarden voor werkers in de zorg zijn onvermijdelijk om het dreigende grote tekort aan verzorgenden te ondervangen.

In dit kader vraagt mijn fractie ook bijzondere aandacht voor de palliatieve zorg, zowel in de thuissituatie als in een hospice. Zij vraagt ook aandacht voor de dagbesteding van verstandelijk gehandicapten. Zowel uit eigen waarneming als uit toegestuurde brieven weet ik dat die situatie onaanvaardbaar is. Het kan zo niet langer. Ik vraag de staatssecretaris wat zij van plan is om daaraan te doen. Ik vraag ook haar aandacht voor een scheefgroei in de AWBZ. Er is sprake van ongelijke rechten voor verschillende sectoren in de AWBZ. Bepaalde groepen verstandelijk gehandicapten hebben geen recht op dagopvang, maar wel recht op tijdelijke opname, zoals logeermogelijkheid. Dat geldt ook voor verpleeghuiszorgeïndiceerde ouderen. Lichamelijk gehandicapten hebben wel recht op dagopvang, maar geen recht op logeermogelijkheid. Gaat de staatssecretaris deze ongelijkheden in rechten wegnemen? Een oplossing kan worden gevonden in een functionele omschrijving van de zorg, zoals ik hiervoor heb bepleit.

Als sluitstuk van de zorg het scheiden van financiering van wonen en zorg. De brief van de staatssecretaris aan de Eerste Kamer van 11 februari jongstleden hierover was uitermate teleurstellend. Die brief is al door alle woordvoerders aan de orde gesteld. In plaats van een positieve ontwikkeling lees ik op blz.

4 dat in elk geval in de verzorgingshuizen niets in die richting mogelijk is, omdat verblijf in een verzorgingshuis als intramurale capaciteit onder de AWBZ valt. Begrijp ik goed het gehanteerde argument dat gescheiden financiering van wonen en zorg voor ouderen niet mogelijk is, omdat de financiering via de AWBZ loopt? Ik zie al "nee" schudden. Ik ben daar erg blij mee, want juist omdat financiering vanuit de AWBZ de mogelijkheden van een modernisering van de huisvesting voor ouderen blokkeerde, is dit twee jaar geleden in de Eerste Kamer ter discussie gesteld. Resultaat van die discussie was een second opinion over de mogelijkheid van gescheiden financiering. Sindsdien zijn er heel wat rapporten verschenen. Er waren rapporten waaruit niet alleen bleek dat gescheiden financiering van wonen en zorg de AWBZ betaalbaar zou houden, maar ook dat dit als een positieve ontwikkeling werd beschouwd in de modernisering van de ouderenzorg. Dus een ontwikkeling via "scheiden doet lijden" naar "scheiden niet te vermijden". Scheiding van financieringsstromen is mogelijk, maar dat gaat niet vanzelf.

Door deze brief van de staatssecretaris lijken wij nu weer terug te zijn bij "Af". Het enige tastbare politieke resultaat van de laatste twee jaar lijkt te zijn dat er een onderzoek komt naar de toekomstige vraag naar aangepast wonen voor zowel ouderen als vergelijkbare andere groepen. Een bijzonder magere oogst. Of biedt de laatste zin van de brief van 11 februari nog enige hoop? Die zin luidt: "Op basis van uw reactie hoopt het kabinet tot een nadere uitwerking van een en ander te komen." Als ik de bijdragen tot nu toe van de andere fracties hoor, moet de staatssecretaris toch een andere richting inslaan, een andere of niet, maar in elk geval in de richting van wonen met zorg en wonen naar wens.

Ik heb nog een laatste vraag aan de staatssecretaris. Wat betekent die brief nu voor de bestaande initiatieven van zorg op maat en wonen naar wens? Moeten die wachten op dat onderzoek waarvan sprake is in de brief? Ik ben zeer benieuwd naar de reactie van de bewindsvrouwen.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Mijnheer

## Ter Veld

de voorzitter! Een debat over Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vlak ná de meest succesvolle Olympische spelen en vlak vóór twee verkiezingen – dat moet plaatsvinden in een sfeer van winst en verlies. Juist deze minister immers stelt, in haar dubbelrol als lijsttrekker van D66 én verantwoordelijk bewindsvrouw voor dit departement, dat de zorg het best aan haar en haar partij kan worden overgelaten. Maar tegelijkertijd stelt ze wel vast dat het kabinet – en dus zeker zij – is overvallen door de gevolgen van de wijzigingen in de sociale zekerheid voor de zorg. Tja... En gisteravond nog suggereerde RTL Nieuws dat de structurele problemen met het vinden van plaatsen in de crisisopvang voor deze minister nieuw zijn. Dan heb ik toch gemengde gevoelens bij deze stellingname. Enerzijds grote waardering voor de deskundigheid en betrokkenheid van deze minister en natuurlijk ook voor het enthousiasme van haar staatssecretaris; anderzijds bekruipt ons regelmatig het gevoel dat de teksten wel deugen en de intenties niet zo gek zijn, maar dat het beleid toch nog niet echt goed lukt. Begrotingsoverschrijdingen op terreinen als geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen, wachtlijsten, problemen rondom eigen bijdragen – ze zijn daarvan een voorbeeld. Ik ga er straks wat verder op in.

Wat ik ergerlijk vind – dat verwijt ik echt de beide bewindslieden en ik kijk daarbij zeer berispelend naar de staatssecretaris – is de beleidsmatige slordigheid. Wetgeving komt laat. Ik wijs even op het punt van het subsidiekader bij het vervallen van de Tijdelijke wet sociale vernieuwing. Er komt een wet en ondertussen moeten de adviezen aan de Raad voor de gemeentefinanciën nog worden gevraagd. Dan denk ik: dat kan toch ook op tijd?

Ik moet er wel bij zeggen, mede namens onze gehele fractie, dat we voor bijvoorbeeld de medisch-ethische wetgeving zeker onze grote waardering hebben. Wat dat betreft hebben we ook een zeker vertrouwen in de verdere discussie op het gebied van het klonen van dieren en wellicht zelfs de discussie over het klonen van mensen.

Voorzitter! De organisatie van het departement lijkt iets verbeterd, maar nog steeds niet echt goed op orde te zijn. Je leest dan weer over de achtergronden van het te laat

gereedkomen van beleid, bijvoorbeeld met betrekking tot maatregelen tegen het overschrijden van het budget voor kunst- en hulpmiddelen: een verhaal in Vrij Nederland, en dat klinkt wat meewarig. Dan denk ik: straks komt er weer een soort papieren tijgerbalsem en weer een nieuw plan van aanpak. Maar goed, ik geef toe dat het beleidsterrein geen gemakkelijke opgave is. Er is sprake van een zeer groot aantal spelers: het departement zelf, de andere departementen, de beide andere overheden (gemeenten en provincies), de uitvoerders van de zorg (verzekeraars en verbindingkantoren), de aanbieders van zorg (huisarts, thuiszorg, verpleeghuis, ziekenhuis) en natuurlijk de burger zelf, de gebruiker van zorg, de patiënt of cliënt en zijn of haar omgeving. Dat betekent een marktwerking, samen met particulier initiatief en overheidsbemoeienis, en dat in een onhelder palet en op een wat hobbelig speelveld.

Het gaat ook om zo essentieel beleid: het zorgdragen voor een zodanige organisatie en voorzieningenstructuur dat burgers, ook als zij kort of langdurig hulp behoeven, maximaal in staat blijven deel te nemen aan voor hen en voor de samenleving relevante activiteiten. Wij, burgers, verwachten ook erg veel van dit departement en van het daaronder ressorterende veld. Een goede gezondheid en ons welbevinden achten wij, burgers, enerzijds het belangrijkste voor ons bestaan, en anderzijds willen we dat de kosten voortdurend binnen de perken worden gehouden. Raakt het onszelf of onze omgeving, dan zijn onze verwachtingspatronen van wat cure en care vermogen, tot ongekende hoogten gespannen. Gaat het om de collectieve rekening, dan kijken wij toch wel bezorgd naar de collectieve lastendruk.

De Nederlandse gezondheidszorg slaat internationaal een goed figuur, zo stelt de begroting. Dat is op een aantal punten zeker waar, maar als ik kijk naar de uitkomsten van de financieringsstructuur, dan moet ik toch opmerken dat de solidariteit daarbinnen minder ver gaat dan wij vaak over onszelf denken. Wat dat betreft is het opvallend dat zowel de partij van de minister, als mijn partij, de PvdA, bepleit dat er een uitbreiding komt van de kring van verzekerden voor het ziekenfonds. D66 denkt dat te financieren door

verlaging van de inkomensgrens voor toetreding – een veronderstelde bezuiniging op de uitgaven dus – en bij de PvdA denken we het juist te kunnen financieren door een verhoging van de grens voor de toetreding tot de verzekering. Wij gokken dus op meer inkomsten. Rekenwerk is daarbij zeker noodzakelijk, willen we kunnen komen tot een wat helderder kader in een volgend regeerakkoord.

Wat voor mijzelf een interessante vraag blijft, is op welke wijze de toetredings- en uittredingscriteria dan vorm gaan krijgen. We bespreken dit al bij de laatste herziening van de Wet-Van Otterloo. Inkomensgrenzen voor premieheffing zijn nu eenmaal een stuk eenvoudiger uit te werken dan inkomensgrenzen voor verzekeringsdeelname. In- en uitvliegers worden in een gemengd collectief marktsysteem absoluut problematisch. Juist met het oog op een volgend regeerakkoord ben ik benieuwd hoe een en ander verder wordt uitgewerkt. Wij hebben in december reeds gesproken over die inkomensgrenzen.

Verwacht de minister vóór de kabinetsformatie alle relevante gegevens klaar te hebben liggen? Hoe staat het met mijn verzoek de weduwen die op grond van wetgeving vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te maken hebben met een inkomensdaling, alsnog meteen toe te laten tot het ziekenfonds? Nogmaals, budgettair kan het geen probleem zijn. Voor een beperkte groep wordt de toetreding met een jaar naar voren gehaald, maar op microniveau verzacht het het overheidsingrijpen wel. Daarvoor is immers het totale kabinet verantwoordelijk en kan men niet zeggen, dat hetgeen SZW neemt of geeft andere departementen niet raakt!

Waarom slaan wij internationaal een goed figuur? Dat kan natuurlijk nooit zijn omdat wij allemaal ouder worden. Wij worden inderdaad ouder en mannen gemiddeld weer iets méér dan vrouwen. Het verschil is nu 5,7 jaar. Maar daar gaat het natuurlijk niet om. Een groot deel van het ouder worden vindt bovendien plaats in een periode waarin men niet zo veel meer geniet van het leven vanwege de gezondheidstoestand. Ik steun de minister dan ook in haar stellingname dat het niet gaat om alsmaar ouder worden. Zorgwekkend acht ik de constatering dat de

## Ter Veld

gezondheidsverschillen niet afnemen. Ik vrees zelfs een toename. Gezondheidsverschillen worden vaak veroorzaakt door sociale indicaties. Ik denk daarbij aan het autochtoon of allochtoon zijn en ook alleenstaanden schijnen meer problemen te hebben met hun gezondheid dan mensen die in een relatieverband leven. Bij gezondheids- en welzijnszorg zal het naar mijn mening in toenemende mate moeten gaan om de vraag, of wij cure en care zodanig kunnen organiseren dat eenieder optimaal kan blijven functioneren.

Die invalshoek wordt actief gesteund, zo blijkt uit de begrotingsteksten. Het is waar, er is wetgeving gekomen om de zeggenschap van cliënten van de zorg beter vorm te geven en ook in de beleidsdoelstellingen wordt de positie van de cliënt steeds belangrijker. Ik citeer: "Het is niet meer de vraag of de burger in een voorziening past, maar of de instelling de zorg heeft die de burger nodig heeft." Of het in werkelijkheid echter zo geregeld is, waag ik te betwijfelen.

Zeggenschap van burgers behoeft overigens niet per definitie hetzelfde te zijn als het pleidooi van het CDA voor een grotere rol van het maatschappelijk middenveld. Er zijn ook andere vormen. Toch kan verdergaande professionalisering een belemmering zijn voor het op juiste wijze participeren van de burgers in het zo belangrijke veld van de gezondheidszorg. Want je zult maar afhankelijk zijn van zorg van anderen!

Het begint met wachtlijsten en wachttijden. Dankzij – inderdaad dankzij! – de socialezekerheids-wetgeving is het probleem van wachtlijsten nu in het centrum van de aandacht gekomen maar het is daarmee niet nieuw. Wachttijden zijn inderdaad duur voor werkgevers die de kosten van werkuitval voor hun rekening krijgen. Maar wachttijden zijn eveneens onbetaalbaar voor ouders die een stel jonge kinderen moeten verzorgen, of voor een oudere die niet die hulp ontvangt om zelfstandig te kunnen blijven wonen en na behandeling, nog eens 9,5 maand moet wachten op een plekje in een verzorgingshuis vanwege de daar bestaande wachtlijsten. Ik vrees soms dat wij de wachtlijsten niet verder zullen zien toenemen, omdat de mensen al overleden zijn voordat zij een plek krijgen.

Vervolgens wijs ik op de wachtlijsten voor intramurale opvang van gehandicapte kinderen, waardoor ook vaak het gezins- en het werkende leven van de ouders wordt ontworcht. Kinderrechters en anderen in de jeugdhulpverlening en de kinderbescherming staan voor het probleem dat er geen plek is te vinden voor jongeren die binnen de eigen gezinsomgeving onvoldoende probleemoplossende hulp krijgen. Juist bij wachten speelt het probleem van de verschillen. Worden werkenden met voorrang geholpen? Mag wie méér betaalt soms eerder? Helpt goed gebekt zijn? Ja, vast! Er is iets mis.

Is het alleen een kwestie van geld? Ik hoor met stomme verbazing verhalen over ziekenhuizen waar in november "het budget al op is", de operatiekamers leegstaan en de chirurgen met vakantie kunnen. Maar dat kan het niet alleen zijn. Ik denk ook dat onze ideologie voor een deel heeft bijgedragen aan het ontstaan van wachtlijsten. Veel plaatsen in de intramurale zorg zijn gesloten om deze te kunnen vervangen door ambulante en extramurale zorg, die plezieriger en beter zou zijn. Preventie en lichte hulp zijn echter niet zo snel goed georganiseerd en bovendien blijft daarnaast zwaardere zorg noodzakelijk, zowel in de jeugdhulpverlening als in de ouderenzorg. Bezuinigingen kunnen niet per definitie worden gefinancierd door meer geld uit te geven aan preventie. Er is niet automatisch een lineaire verhouding. Je kunt niet zeggen: 10% meer uitgaven in de gezondheidszorg betekent 10% minder uitgaven in de sociale zekerheid. Dat zou natuurlijk mooi zijn, want dan bespaar je met 1 mln. 10 mln. Maar zo is het niet!

Dan is er het personeelstekort. De begroting is nog optimistisch. In het algemeen zijn er geen problemen. Vermoedelijk zou reeds vandaag de tekst anders hebben geluid. Ik denk dat er wel degelijk een aansluitingsprobleem is tussen opleiding en arbeidsmarkt. Er wordt wellicht onvoldoende opgeleid binnen de eigen kolom. Dat kan met name bij het specialistisch personeel een probleem zijn. Mevrouw Michiels van Kessenich heeft hierover al een aantal vragen gesteld.

Wat mij verbaast, is dat ondersteunende afdelingen van ziekenhuizen na vier uur leeg zijn. Je moet voor een onderzoek een rondje maken van

bloed prikken, röntgenfoto's en wat niet al. Na vier uur kan dat echter niet meer. Dat genereert ook wachtlijsten. Het is inefficiënt. En wie voor controle of een onderzoek naar een ziekenhuis moet, moet daarvoor niet alleen een halve dag uittrekken en een boek meenemen maar loopt ook het risico dat het onderzoek niet voor vier uur is afgerond. Dan moet men dus de volgende dag terugkomen. 's Avonds gebeurt er al helemaal niets. Ik erger mij mateloos aan het ontbreken van efficiënte informatieoverdrachtsmethodes. Misschien is het uit privacyoverwegingen dat de ene arts niet weet wat de andere collega al heeft doen onderzoeken. Maar het kan toch gewoon in een computer in plaats van in losse dossiers? Dan hoeft een arts niet aan een patiënt te vragen: weet u waarvoor u hier bent, uw dossier is er niet?

Er is een personeelstekort, natuurlijk in de zorg. Wat weerhoudt de sector ervan om het eerste niveau in de opleiding tot stand te brengen met kwalificatienormen en eindtermen? Dan is het niet zo dat iemand met een Melkertbaan, een banenpooler of een WIW'er de werkzaamheden wel mag uitvoeren, maar dat jongeren geen opleiding op het assistentniveau kunnen volgen. Is het alleen een zaak van Onderwijs of spelen de eigen sector en dit departement ook een rol? Het is overigens binnen de WEB ook mogelijk om lerend te werken en werkend te leren. Waarom kan dat niet op HBO-niveau en waarom kan de inserviceopleiding als een combinatie van lerend werken of werkend leren niet terugkomen?

Voorzitter! Wat de wachtlijsten voor specialisten betreft vraag ik mij af of het budget het enige probleem is. Of wordt er een soort kunstmatige schaarste door de beroepsgroep zelf in stand gehouden? Wat de opleidingsplaatsen voor specialisten betreft is het best mogelijk dat de specialisten zelf mede kunnen beïnvloeden of de spoeling op juiste dikte kan worden gehouden. Als dat mede een rol speelt – wat naar mijn waarneming het geval is – wat gaat de minister daar dan, eventueel samen met de minister van Onderwijs, aan doen?

En ontbreekt niet veel te vaak een goede prikkel voor efficiency in de uitvoering? Een ziekenhuis wordt er niet rijker of armer van of dezelfde patiënt vier nachten in een

## Ter Veld

ziekenhuisbed ligt dan wel twee patiënten ieder twee nachten in een ziekenhuisbed liggen. Een ziektekostenverzekeraar ontvangt geen prijsvoordeel voor efficiënt werken. Een rondje eigen ervaringen in de kring van kennissen en collega's en je hoopt dat je nooit in zo'n situatie terecht komt! Neem alleen al de samenhang in de eerste lijn; de Arbozorg en de huisarts. De FNV heeft naar buiten gebracht dat veel klachten zijn dat de Arboarts zegt "ga werken" en dat de huisarts zegt "blijf thuis". Ook het omgekeerde is het geval.

Mijn fractie heeft er grote bezwaren tegen om in een dergelijk kader bij zorg voorrang te geven aan werknemers. Maar tegen gespecialiseerde spreekuren en spreekuren op tijden buiten de gebruikelijke werktijd heeft zij zeker geen bezwaar. Het mag dus geen doelgroepenbeleid zijn. Het moet gaan om aandoeningsgerichte zorg. Wij begrijpen heel goed dat een en ander door elkaar heen kan lopen. Het voordeel van aandoeningsgerichte zorg is dat deze kan leiden tot betere behandelingsmethoden van veel voorkomende klachten en tot preventie, dus tot aandacht voor het voorkomen van activiteitgebonden aandoeningen. Door een dergelijk beleid kan de aandacht die bij de totstandkoming van de WAO is weggelaten – dan gaat het om de vraag hoe beroepsziekten ontstaan en hoe tot preventie daarvan kan worden gekomen – worden verbeterd. Een dergelijk beleid is efficiënt voor de wachttijdenproblematiek. Maar dan gaat het niet alleen om kappers-euzeem of bouwruugklachten.

Hoofddlijn van de werkorganisatie in iedere instelling van de gezondheidszorg behoort te zijn: hoe kunnen wij de patiënt ondersteunen, zo weinig mogelijk last te hebben van zijn of haar gezondheidsprobleem en van onze bemoeienis daarmee? Marktwerking is daarbij een illusie. De patiënt heeft niet zoveel te kiezen. Verzekeraars stellen het zeker niet op prijs als patiënten shoppen langs verschillende ziekenhuizen. En een keuze van wel of niet behandelen speelt vaak niet. Je hebt rugklachten, reuma, kanker of een gebroken been. Je levert je dus uit aan een deskundige. De prijs? Er is geen ziekenhuis waarin een prijslijst hangt. Nergens wordt aangegeven hoeveel een nacht in een ziekenhuisbed kost. Na opname

ontvang je een bericht van de verzekeraar dat hij een paar duizend gulden heeft overgemaakt, maar je weet niet waarvoor. Voor een deel is dat trouwens maar goed ook. In de voorlichting op Internet over de Amerikaanse behandeling van borstkanker heb ik bijvoorbeeld gelezen dat de amputatie van een borst aanzienlijk goedkoper is dan een borstbesparende behandeling met bestraling en dat je dus goed naar je verzekeringspolis moet kijken om te bepalen welk pakket je kiest. Ik vind het wel plezierig dat dit verschil hier geen rol speelt. Ik wil het graag zo houden dat de keuze van de behandeling medisch is en niet op financiële gronden moet plaatsvinden. Andere prikkels om de efficiency te verhogen, zodat de zorg én klantvriendelijk is én goedkoper wordt, zou ik evenwel graag zien. Met klantvriendelijk bedoel ik niet te zeggen dat de mensen nu onaardig zijn of zo. Integendeel, je komt nergens aardiger mensen tegen dan in de gezondheidszorg, terwijl je daar zelf vaak niet met je zonnigste humeur binnenkomt.

Een goed voorbeeld van een mensondersteunend beleid had het cliëntgebonden budget kunnen zijn. Ik heb de hoop daarop trouwens nog niet opgegeven, al zie ik wel wat problemen. Ik noem de organisatie, de vormgeving en de voorwaarden waaraan moet worden voldaan, omdat "met een ander oog" moet worden voorkomen dat er zwart gewerkt wordt. Bij wijze van grap zeg ik wel eens: bij de kinderbijslag is er ook sprake van een cliëntgebonden budget, maar daaraan hebben wij nooit dat soort voorwaarden gesteld. Maar goed, je zal als zorgbehoevende met een cliëntgebonden budget maar werkgever zijn. Dan heb je te maken met een jaar eigen risico voor de Ziektewet en met het probleem van de PEMBA, waardoor je een deel van het budget straks moet uitgeven aan de hogere premie die je krijgt voor de sociale verzekeringen.

De huidige beleidsvoornemens zijn mij trouwens niet helemaal helder. Enerzijds wordt nu gedacht aan een inperking tot 3 uur hulp per dag. Ik heb wel begrepen dat mensen die thans veel meer uren hulp krijgen, zoals het meisje Bloem, die hulp gewoon mogen houden. Anderzijds wordt echter ook nagegaan of het persoonsgebonden budget de plaats kan innemen van verpleeghuiszorg.

Ik heb het gevoel dat die twee voornemens wat haaks op elkaar staan. Ik hoor hier graag een reactie op. Iedereen hoopt uiteindelijk immers dat hij of zij nooit in een intramurale instelling terecht zal komen. Maar helaas is het soms absoluut noodzakelijk. En daarom is het maar goed dat ze er zijn.

Bij tijdelijke opname in bijvoorbeeld een GGZ-instelling is een van de problemen dan gelegen in de eigen bijdrage. De hoogte daarvan hebben wij namelijk dusdanig geharmoniseerd verhoogd dat het voor een alleenstaande bijna onmogelijk is om de normale huishouding waarin hij of zij hoopt terug te keren, te blijven financieren. Dat komt natuurlijk door de harmonisering van de eigen bijdragen in het kader van de herziening van de WBO. Wij hebben daar destijds al kanttekeningen bij geplaatst. In dit verband kan de tekst van mevrouw Van Leeuwen absoluut ter herlezing worden aanbevolen.

Nu is zelfstandig wonen voor ouderen, mede gezien de vermogenstoets in de IHS, in een aantal gevallen financieel ongunstiger geworden. Dat had natuurlijk ook niet moeten. Voor een verblijf van beperkte duur, bijvoorbeeld het eerste jaar in een verpleeghuis, was het wellicht beter geweest om de oude systematiek van geen hoge eigen bijdrage te handhaven. De huidige eigen bijdrage is én een drempel voor opname én een beperking voor latere terugkeer naar de eigen woonomgeving. Als wij in staat zouden zijn om door middel van indicatie te zeggen dat de intramurale opname van beperkte duur is, dan moet het mogelijk zijn om die eigen bijdrage te mitigeren of te laten vervallen. Ik heb begrepen dat het hier gaat om 40 mln. Ik vind dat dit zeker het overwegen waard is.

Over het scheiden van wonen en zorg hebben wij net weer een aantal nieuwe rapporten en beleidsbrieven ontvangen. Ik heb al eerder gezegd dat dit probleem zeker niet simpel op te lossen is. Het maatschappelijk leven is namelijk wel wat breder dan wonen en het ontvangen van zorg. Wij hebben als mens ook nog gewone uitgaven, bijvoorbeeld voor maatschappelijke participatie. De kwaliteitssprong die kan worden gegenereerd door langer zelfstandig wonen te ondersteunen, kost óf meer collectief geld óf brengt een aantal mensen in financiële problemen,

## Ter Veld

zoals in de beleidsbrief van begin februari ook wordt aangegeven. Bezuinigingen die gegenereerd kunnen worden door een beperking van de verstrekkings op grond van de AWBZ zullen óf macro elders in de collectieve sector opgevangen moeten worden, bijvoorbeeld door de gemeenten of in het kader van de WVG, óf zullen op microniveau burgers treffen. Bovendien bestaat het risico dat, door zelfstandig wonen tot norm te verheffen, het aantal plaatsen in de intramurale sector weer onvoldoende zal blijken te zijn.

Toch denk ik dat het goed is om die discussie door te zetten, maar dan minder specifiek toegespitst op het ouderenbeleid. Ik heb het gevoel dat wij vanwege de dominante aanwezigheid van ouderen in verpleeghuizen meer problemen hebben met intramurale plaatsing van jongere lichamelijke gehandicapten. Voor het maatschappelijk functioneren zou het succesvol kunnen werken, als wij juist daar met experimenten en dergelijke zouden werken aan een zo groot mogelijk behoud van de zelfstandigheid en zelfs versterking daarvan in alle opzichten.

Voor de ouderenzorg zelf bepleiten wij ten minste handhaving van het bestaande aantal plaatsen in de verzorgingshuizen en het kunnen blijven wonen in een verzorgingshuis, wanneer de zorgbehoefte toeneemt, door het invoegen van afdelingen met verpleeghuiszorg binnen verzorgingshuizen. Twee keer verhuizen op hoge leeftijd is echt te veel. Het is evident dat als gevolg van het beleid, gericht op het langer zelfstandig wonen, de zorgbehoefte als opname eenmaal is geïndiceerd natuurlijk toeneemt. Eigenlijk zouden de wachttijden dus korter moeten zijn in plaats van langer. Meer handen aan het bed zijn dan vanzelfsprekend. Maar daarnaast is het een zeer goede zaak om met alle relevante actoren – thuiszorg, gemeentelijk welzijnsbeleid, voorzieningen krachtens WVG, vervoersregio's etc. – het zelfstandig blijven wonen te ondersteunen.

Ik vraag verder de speciale aandacht van de bewindslieden voor de veroudering van onze medelanders. Dat zijn mensen die, omdat ze later naar Nederland zijn gekomen, vaak een onvolledige AOW hebben, en wier financiële problemen in

relatie tot de voorzieningen nog kunnen toenemen.

Als het gaat om jongeren zijn wij ingenomen met de voornemens, te komen tot één loket voor de toegang tot het brede hulpverleningscircuit. Wij vragen vooral aandacht voor de exitproblematiek. Het gaat niet alleen om de vraag hoe je op de goede plek binnenkomt, maar ook om de vraag, hoe je er zo snel mogelijk op de goede wijze weer uitkomt.

Maatschappelijk functioneren moet vanuit VWS worden ondersteund. Het is absoluut één van de achtergronden van het uit de pan rijzen van de kosten van hulpmiddelen. Dat hadden wij ook vooruit kunnen bedenken. Al bij de WVG hebben wij ons immers gerealiseerd, dat naast menskracht en aan de persoon gebonden hulpmiddelen een groot aantal andere middelen bestaat, die mensen met een handicap, chronisch ziekten of ouderen het leven aanzienlijk kunnen vergemakkelijken. Ik denk daarbij aan de ADL-hond, die pas na de WVG het hulpverleningscircuit blaffend binnenkwam, de fax, aangepaste vervoermiddelen en gebruiksartikelen, zoals een lichte flesopendraaier voor mensen met reuma. Ook informatie- en communicatietechnologie kan natuurlijk fantastische mogelijkheden bieden. Ik noem in dit verband het programma Sterrenkind. Dit is een ontzettend leuk programma, dat het verblijf voor kinderen in een ziekenhuis bijzonder veraangenaamt. Door middel van een simpel computersysteem kun je via heel leuke websites contact leggen met andere kinderen en met je ouders. Een kind, en zeker de ouders, kunnen de was doen: stekkertje, stopcontactje, telefoontje en voor je het weet zit je met de camera en de kat op schoot voor het bed van je kind gezellig met hem of haar te praten. Hartstikke leuk! Dit is ook hartstikke leuk voor ouderen waarvan één van de partners in een verpleeghuis woont en de ander thuis. Verder is het ontzettend plezierig voor alle mogelijke mensen die gekluisterd zijn aan huis of bed. Is dit, zoals de verzekeraar NUTS stelt, een voorbode voor nieuwe voorzieningen van de zorgverzekeraar? En de kosten dan? Of is het alleen voor financieel draagkrachtigen? Wie maakt de keuze voor het aanleggen van dit soort voorzieningen? Degene die de glasvezelkabels aanlegt, de sponsor, de verzekeraar, of maken

wij hier een besluit of het wel of niet behoort tot de geïndiceerde zorg?

Als alles wat moet kan, zijn de kosten voor de gezondheidszorg oneindig. Wij moeten er grenzen aan stellen. Anderzijds mogen wij niet accepteren dat de gezondheidsverschillen toe zullen nemen met de SES-factor, omdat wij het ook tot op heden niet hebben kunnen voorkomen. Dat is één van de cruciale uitdagingen voor dit departement.

Voorzitter! Een dergelijk optimaal functioneren vereist ook het doen van een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. Wij zijn natuurlijk mede baas over onze eigen gezondheid. Sport kan daaraan een zeer zinvolle bijdrage leveren. Wie weet hoeveel zuiniger de gezondheidszorg zou zijn als wij allemaal ons half uur beweging per dag zouden krijgen, en zouden stoppen met roken en drinken. Eigen bijdragen zijn daarbij niet per definitie uit den boze, zij het dat zij wel zodanig zijn vormgegeven dat zij geen hoge drempels oproepen, niet voor het beroep op zorg en ook niet voor het weer uit het zorgcircuit komen en op eigen benen verdergaan. Cruciaal daarbij is een goede organisatie. Dat geldt het departement en de relatie tussen departement en andere departementen en andere overheden. De rapportage over de tweede fase van het scheiden van wonen en zorg spreekt in dit verband een goede intentie uit. Binnen het kader van goede afspraken over regiovisies tussen overheden en burgers, kunnen de verbindingkantoren een goede rol vervullen. Daarbinnen kunnen wij instemmen met een grotere verantwoordelijkheid van het veld. Maar dat kader moet wel duidelijk een verantwoordelijkheid zijn van een democratisch door de burgers gecontroleerde overheid. Het betekent ook dat wij de bereidheid moeten hebben om meer geld vrij te maken voor dit departement, zij het in ruil voor de garantie van efficiënt gebruik en goed toezicht.

Mijnheer de voorzitter! Ik ga geen rapportcijfers uitdelen. Dat spel is al genoeg gespeeld. Ik hoop dat de komende maanden ook nog tijd voor beleid zal resteren, zodat naast de verkiezingsactiviteiten er ook voor de komende kabinetsformatie het voorwerk is gedaan voor de noodzakelijke keuzen, hetgeen het departement, welke coalitiepartners er ook zullen zijn, kan ondersteunen

## Ter Veld

bij het maken van juist een regeerakkoord waarin de goede keuzen duidelijk en helder zijn gerangschikt. Verder hoop ik dat het departement niet alleen verhuist naar een gebouw met twee torens maar dat het tegelijkertijd ook intern op orde zal zijn om zelf vanuit die torens de regiefunctie te vervullen tussen overheid en markt. Ook hoop ik dat de verbinding tussen die torens en de communicatie vanuit die torens beter zullen verlopen dan thans het geval is.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Mijnheer de voorzitter! Ik houd deze bijdrage mede namens de fracties van de RPF en het GPV.

Burgers zijn mondiger geworden en organiseren zich op hun eigen belangen en interesses. Zij manifesteren zich in diverse sociale bewegingen op velerlei terreinen en thema's. De overheid zoekt naar een nieuwe verhouding tot zijn burgers en wil daarom meer verantwoordelijkheden leggen bij de individuele burger. Het bevorderen van de zelfstandigheid van die burgers en hun participatie in de samenleving vindt dit kabinet een belangrijke opgave voor het beleid. Tegen die achtergrond wordt binnen de gezondheidszorg steeds meer de term "vraaggestuurde zorg" gebruikt. In plaats van de bestaande aanbodgestuurde wet- en regelgeving dient een vraaggestuurde zorg vorm te krijgen. Dit betekent een cultuuromslag in de gezondheidszorg. Van belang is de vraag of deze door het tot nu toe gevoerde en het toekomstige beleid van de overheid, ook gerealiseerd kan worden. Met zo'n beleid wek je verwachtingen. Voor dit doel worden allerlei zaken in beweging gezet, onder andere de ontwikkeling van regiovisies. Maar de vraag blijft: zijn er voldoende financiële middelen beschikbaar voor vraaggestuurde zorg? Onze fracties zijn daar, zoals uit het vervolg van onze inbreng zal blijken, niet gerust op.

Mijnheer de voorzitter! De trend die is ingezet om een duidelijke relatie aan te brengen tussen financiële en zorginhoudelijke beleidsinformatie is met het jaaroverzicht Zorg 1998 voortgezet. Het is een duidelijke verbetering nu er een veel beter inhoudelijke onderbouwing is dan in vroeger

jaren, waarvoor wij het kabinet in casu deze bewindslieden willen complimenteren. In het jaaroverzicht Zorg 1998 wordt uitgegaan van een voortzetting van de 1,3%-groeinorm voor het volume, zoals dat is afgesproken bij het regeerakkoord in 1994. Bovendien zijn voor een aantal specifieke knelpunten extra financiële middelen ingezet. Het toegestane groeipercentage voor de zorg blijft naar onze mening een belangrijk thema. Ook de partijen uit het veld zien dit als belangrijk, zo niet het belangrijkste knelpunt binnen de gezondheidszorg. Dit omdat de feitelijke zorgverlening en het volume aan zorg moeten worden afgestemd op de veranderende zorgvraag. En telkens kunnen we constateren dat het beschikbare zorgaanbod onvoldoende voorziet in de daadwerkelijke behoefte aan zorg.

Wordt er, zo is onze vraag, bij vaststelling van het macro-economisch kader van de zorg wel voldoende rekening gehouden met zorginhoudelijke en demografische ontwikkelingen? Naar onze mening worden de ramingen voor de budgettaire kaders nog altijd te zeer geleid door wensen en verwachtingen en een wenselijk niveau van collectieve uitgaven. Wij geraken maar niet uit die discussie, zo ervaren wij. Als wij toewillen naar een vraaggestuurde zorg zullen andere aspecten, zoals de positieve bijdrage van de gezondheidszorg aan het welzijn van mensen en een positieve impuls voor onze economie, belangrijke uitgangspunten moeten worden. Van het huidige budget moeten zowel de nominale ontwikkelingen, zoals inflatie en loonontwikkeling, als de reële ontwikkelingen – de daadwerkelijk zorgvraag – gefinancierd worden. Dat is natuurlijk inherent aan het systeem van een macrobudget, maar leidt naar onze mening tot problemen wanneer deze twee kostenontwikkelingen niet van elkaar gescheiden zijn. De personeelskosten in de gezondheidszorg leggen een groter procentueel beslag op de totale uitgaven dan in het bedrijfsleven. Dit leidt er bovendien toe dat de doelmatigheidswinst door automatisering die in de industrie behaald kan worden, bij lange na niet in de gezondheidszorg gerealiseerd kan worden. Het blijft immers voor een groot deel toch mensenwerk en dat is maar gelukkig ook.

Wij zien het daarom als een probleem dat de kosten voor de gezondheidszorg marktconform worden bijgesteld, hetgeen in het geval van de loonkostenontwikkeling onvoldoende is. Het gevolg is dat tekorten in de nominale sfeer worden gecompenseerd door een budget dat eigenlijk voor de zorg was bedoeld. In het JOZ 1998 is opgenomen dat sectorspecifieke overschrijdingen in de nominale sfeer niet langer gekort worden op het zorgvolume en dat hiervoor een aparte voorziening wordt gecreëerd. Kan de minister hier al iets meer over mededelen?

Er is met voortvarendheid gewerkt aan een goed kwaliteitsbeleid binnen de gezondheidszorg. Daar hebben wij veel waardering voor. We kunnen ook constateren dat de verbetering van de kwaliteit van de medische beroepsgroep positief is geweest voor een verantwoorde medische beroepsuitoefening. Hierbij denken wij aan deskundigheidsbevordering, bij- en nascholing, verschillende vormen van intercollegiale toetsing, visitatie van opleidingspraktijken en niet-opleidingspraktijken en de invoering van kwantitatieve en kwalitatieve criteria ten behoeve van herregistratie.

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid en van het medisch handelen meer in het algemeen zijn standaarden, protocollen en richtlijnen. Wij vinden het opvallend dat er tussen de medische beroepsgroepen grote verschillen bestaan in organisatie en financiering, maar ook dat voor de gezondheidszorg in het algemeen een samenhangende infrastructuur en een gemeenschappelijke visie daarop ontbreken. Naast moeilijkheden van gedragsveranderingen in het algemeen, is dit er mede de oorzaak van dat het rendement van de ontwikkelde kennis in termen van uiteindelijke implementatie nog niet optimaal is. De laatste jaren zijn terecht in toenemende mate eisen aan de zorgaanbieders gesteld op het gebied van de kwaliteit van zorg, ook in de inmiddels totstandgekomen wetgeving op dit punt. Is het terecht dat wij constateren dat de financiering van het kwaliteitsbeleid geen gelijke tred heeft gehouden met de toenemende verwachtingen van en formele eisen aan zorgaanbieders op dit gebied?

Bij sommige beroepsgroepen, zoals de medisch specialisten en de

## Van den Berg

sociaal geneeskundigen, ontbreekt iedere vorm van financiering van het kwaliteitsbeleid. Bij de sociaal geneeskundigen speelt het probleem dat hun werkgevers nauwelijks gemotiveerd zijn, het kwaliteitsbeleid te financieren. Navraag leert ons dat er sprake is van het afbouwen van expertise. Het zo vaak gehanteerde argument dat investeringen in de kwaliteit van zorg zichzelf terugverdienen en er derhalve geen afzonderlijke financiering nodig is, gaat voor delen van de gezondheidszorg kennelijk niet op. Onderkent de minister dit probleem en is zij, als dit een knelpunt blijft, voornemens om hieraan iets te doen?

De gezondheidszorg is van economisch belang, alleen al door de werkgelegenheid die wordt verschaft, maar levert ook een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van onnodig ziekteverzuim en vermijdbare arbeidsongeschiktheid. Eén van de gevolgen van de privatisering van de ziektewet en de WAO is dat het belang van werkgevers bij een snelle reïntegratie van de werknemers is toegenomen. Deze ontwikkeling heeft mede geleid tot het oplaaieren van de discussies over wachttijden en voorrangszorg. De problematiek van wachttijden c.q. wachttijden dient zowel incidenteel als structureel te worden aangepakt. Hiervoor zijn gelukkig nu een aantal initiatieven genomen. Wij hopen dat deze problemen daarmee tot een oplossing kunnen worden gebracht. Waar veel minder over wordt nagedacht, is dat de algemene Arbo-infrastructuur verbeterd dient te worden. Onze fracties pleiten inzake de arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg voor de ontwikkeling van kwaliteitsbevordering en -bewaking op dit terrein. Dit kan worden gedaan door het inrichten van bijvoorbeeld wetenschappelijke kenniscentra op dit terrein. Een voorwaarde hiervoor is een goede samenwerking tussen de curatieve sector en de bedrijfsartsen, waarbij meer aandacht moet worden besteed aan de relatie tussen arbeid en gezondheid. Kan de minister hierin een stimulerende rol spelen?

Voorzitter! Dan kom ik op het terrein van de care, de gewone zorg. In onderzoeksrapporten wordt aangetoond, dat een achterblijvende intramurale capaciteitsontwikkeling in deze sector aanzienlijke risico's oplevert voor de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg in het

gehele zorgcontinuüm. Wordt bij een toenemende vraag de capaciteit bevroren en gesubstitueerd naar de thuiszorg, dan zal de zorgzwaarte zowel intramuraal als in de thuiszorg toenemen. Blijft de opnamecapaciteit achter bij de vraag, dan zal door een aanpassing van urgentiecriteria de zorgzwaarte van de patiënten bij opname stijgen. De patiënten die niet meer kunnen worden opgenomen, zijn aangewezen op de thuiszorg. Hierdoor stijgt ook daar de gemiddelde zorgzwaarte. Als deze ontwikkeling niet wordt gecompenseerd door extra structurele middelen, ontstaan kwaliteitsverlies en/of wachtlijsten in zowel de thuiszorg als de intramurale zorg. Een tekort aan capaciteit aan verpleeghuiszorg en verzorgingshuisplaatsen, dat nu zichtbaar wordt, heeft grote negatieve gevolgen voor dit gehele zorgveld.

Volgens een onderzoek van het Sociaal en cultureel planbureau gaat het goed met de ouderen in ons land. Het rapport meldt dat er in 2015 ruim 40% meer ouderen zijn dan nu. Zij zijn volgens hetzelfde rapport gezonder omdat zij door een hogere opleiding en minder belastend werk minder lichamelijke gebreken zullen hebben. Steeds meer ouderen – zo verwacht men – zullen thuis blijven wonen, eventueel in een aangepaste woning. Het aantal zelfstandig wonende ouderen stijgt zelfs met 40%. De vraag naar de thuiszorg zal daardoor fors toenemen, met zo'n 20% in twintig jaar. De vraag naar particuliere hulp stijgt in die periode met zo'n 75%. Het beroep op maaltijdverzorging neemt met ruim de helft toe. De opdracht voor dit onderzoek is door het ministerie van VWS verstrekt. De keuze om, als het maar enigszins kan, in de thuissituatie de zorg te krijgen die nodig is, steunen onze fracties van harte. Wij pleiten dan ook voor de thuiszorg als de basisvoorziening in de care. Bekijken wij de thuiszorg van de afgelopen tien jaar, dan kunnen wij constateren dat deze uitgedrukt in middelen aanmerkelijk minder is gegroeid dan het gemiddelde van de zorg. Dit betekent dat ook met het oog op de toenemende vergrijzing er een flinke inhaalslag moet worden gemaakt om aan de stijging van de vraag, zoals het Sociaal en cultureel planbureau berekende, te voldoen. Graag vernemen wij hierop de visie van de staatssecretaris.

Nu voor 1998 het maximaal aantal uren zorg per dag zal worden geformaliseerd conform de ontstane jurisprudentie, maken wij ons zorgen. Dit betekent immers dat uit de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg maximaal drie uur verpleging en verzorging per dag kan worden verleend. Nu kan men voor aanvullende benodigde zorg een beroep doen op de subsidieregeling intensieve thuiszorg. Deze is in eerste instantie bedoeld voor terminale patiënten. Onze fracties vinden echter dat voor vraaggerichte thuiszorg geen subsidieregeling, maar een aanspraak de aangewezen weg is. Daar pleiten wij dan ook voor. In feite is dit dus te beperkend voor de keuzemogelijkheden voor patiënten en consumenten. Wij veronderstellen dat dit problemen zal geven voor mensen die op de wachtlijst voor een intramurale voorziening staan, maar vooral voor de groeiende groep ouderen met een toenemende zorgvraag in de thuissituatie.

Heeft deze voorgenomen maximering ook consequenties voor de subsidiëring van het PGB in de thuiszorg? Graag horen wij een inhoudelijke onderbouwing van de staatssecretaris van de voorgenomen maximering tot drie uur per dag. Wij vinden dat dit in veel gevallen echt ontoereikend is. Dat zal bij die toenemende vraag in de toekomst ook duidelijk worden.

Is er advies gevraagd aan de medisch-ethische commissie van de Gezondheidsraad over de mogelijkheid om criteria aan te geven om in bovengemiddelde situaties tot verantwoorde toezegging van zorg te komen, zowel in de gewone thuiszorg als bij het PGB?

Er is de laatste jaren veel gediscussieerd om de mogelijkheid te onderzoeken van scheiden van wonen en zorg. Ook vanmiddag is deze kwestie weer prominent aanwezig in deze Kamer. Er is een kabinetsstandpunt waarin wordt uitgegaan van integrale overheveling van het huidige aantal verzorgingshuizen naar de AWBZ en daarnaast van het stimuleren van zelfstandige ouderenhuisvesting waar zorg geboden kan worden.

Zo'n tweesporenbeleid vinden onze fracties belangrijk. Wij vinden ook dat voortzetting van het beleid noodzakelijk is, gericht op een toereikend aantal intramurale plaatsen, waarbij verblijf een

## Van den Berg

integraal onderdeel vormt van de zorg. Wij constateren echter dat de capaciteit van verzorgingshuizen de afgelopen jaren fors is afgebouwd. De resultaten van een onlangs gehouden landelijk onderzoek laten zien dat er een extreme toename is van wachttijden. Er staan ruim 35.000 verzorgingshuisgeïndiceerde ouderen op de wachtlijst. Eind 1996 waren dat er nog 29.000. Dat is een toename van meer dan 20%. Dit onderzoek laat zien dat het aantal urgent-wachtenden van 15.000 is gestegen naar 19.000.

Ook de gemiddelde wachttijd neemt alarmerend toe, vinden wij. Een wachttijd van drie maanden is nog aanvaardbaar, maar 9,5 maanden is veel te lang voor ouderen die 24 uur per dag intensieve, gecoördineerde zorg en begeleiding nodig hebben en die het thuis niet langer redden. Het blijkt ook dat de groep urgent-wachtenden een steeds groter deel uitmaakt van ouderen die geïndiceerd zijn voor verzorgingshuizen. Kan de staatssecretaris ons iets meedelen over de betrouwbaarheid van dit onderzoek? Als het onderzoek betrouwbaar is, wat zijn dan de beleidsvoornemens op korte termijn? Je kunt het niet laten gaan op deze wijze, want dan raakt het hele zorgcircuit voor ouderen verstopt. Dat zou heel ernstig zijn.

Doordat ouderen pas een indicatie krijgen voor opname in een verzorgingstehuis, als zij het thuis echt niet meer redden, stijgt de zorgzwaarte van de bewoners in verzorgingshuizen. Er is berekend dat er vanaf dit jaar 11 tot 23% meer medewerkers nodig zijn om de noodzakelijke zorg te kunnen bieden. Kent de staatssecretaris dit soort cijfers? Wat is hierop haar visie?

Nog iets over het tweede spoor, met name over woonzorgcomplexen en aanleunwoningen. Veel meer aandacht dient uit te gaan naar de wijze waarop de combinatie van zelfstandig wonen met zorg en dienstverlening kan worden bevorderd. Naar onze waarneming blijft dit achter in ons land. Hoe kunnen die verschillende financieringsvormen voor ouderen bij zelfstandig wonen bij elkaar worden gebracht? Welke voorwaarden of stimuleringsmaatregelen zijn hiervoor nodig?

Al een groot aantal jaren is een jaarlijkse toename van de zorglast in verpleeghuizen waarneembaar.

Zowel de productie in verpleeghuizen als de zorgzwaarte van verpleeghuispatiënten is voortdurend gegroeid. Het aantal verplegenden en verzorgenden heeft hiermee geen gelijke tred gehouden. In 1990 is een beperkt deel van deze achterstand in "handen aan het bed" als zodanig door de overheid erkend en gecompenseerd in het zogenaamde BAZ-akkoord.

Na de periode die bij het BAZ-akkoord in beschouwing werd genomen, is de zorglast nog verder toegenomen. Tussen 1988 en 1995 nam de zorglast in termen van personeelsbehoeften met 19,3% toe, de sterkte van verplegend en verzorgend personeel met 14,6%. Algemeen wordt verwacht dat de gemiddelde zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie in verpleeghuizen extra zal toenemen als gevolg van het overheidsbeleid. Door het lokaliseren van verpleeghuis-capaciteit buiten het verpleeghuis – bijvoorbeeld in verpleegunits, extramurale verpleeghuiszorg – zullen de lichtere patiënten-categorieën in verpleeghuizen een steeds kleinere groep worden, waardoor de zorgzwaarte in het verpleeghuis navenant toeneemt. Naast het ingezette privacybeleid, waar wij veel waardering voor hebben, zullen er extra middelen beschikbaar moeten komen voor de verpleeghuiszorg. Dit blijkt ook uit recente reacties vanuit de werkenden in de verpleeghuiszorg. Wij verzoeken de staatssecretaris om uitgebreid op deze problematiek in te gaan omdat die naar onze mening heel erg belangrijk is.

Mijnheer de voorzitter! Ik kom tot een afronding. Het zal uit onze bijdrage duidelijk zijn geworden dat wij zorgen hebben over het slagen van het ingezette beleid om vanuit de vraagzijde het zorgaanbod te realiseren. Wij vinden het daarom op dit moment verstandiger om meer in te zetten op zorg voor degenen die dat op dit moment en in de nabije toekomst het meest nodig hebben. De overheid, zo vinden wij, moet op dit ogenblik principieel een keuze maken om een schild te zijn voor de zwakkeren, zoals de Bijbel het ons voorhoudt.

Met belangstelling wachten wij het antwoord van de bewindsvrouwen af.

□

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Mijnheer de voorzitter! Voor ons ligt de laatste begroting VWS van deze regeerperiode, een prachtwerkstuk waaraan ook het Jaaroverzicht zorg 1998 is verbonden. En hoewel wij het natuurlijk al wisten, ik moet toch zeggen opnieuw onder de indruk te zijn gekomen van het brede terrein dat de beide bewindsvrouwen bestrijken. Het lijkt honderd jaar geleden in plaats van drie en een half dat wij dachten voor volksgezondheid met één staatssecretaris te kunnen volstaan. Op de politieke agenda neemt volksgezondheid nu een hoge plaats in; media besteden er voortdurend aandacht aan en terecht. Het siert de bewindsvrouwen dat zij het niet schuwen om de barricaden op te gaan. De wijze waarop zij dat doen, zonder elkaar te beconcurreren, dwingt bewondering af.

Natuurlijk blijven er ook voor mijn fractie wensen en vooral nu de verkiezingen naderen, is het zaak deze wensen hardop te uiten. Er moet weer een regeerakkoord worden gesloten, bij voorkeur paars, en het is duidelijk dat er een stijging moet komen van het budget voor volksgezondheid. Ondanks alle inspanningen op het gebied van de doelmatigheid, de geneesmiddelen, de specialistische hulp, de medische hulpmiddelen, waarvoor wij heel dankbaar zijn, is het vastgestelde budget niet toereikend gebleken. Mijn fractie staat achter het D66-program dat 2% volumegroei toestaat, waarvan 1% om demografische ontwikkelingen op te vangen. Wat is het oordeel hierover van de minister?

Juist ook in verband met meer geld vraagt mijn fractie aandacht voor de verplegenden en verzorgenden. Uit Feiten over verpleging en verzorging in Nederland, recentelijk uitgekomen, blijkt dat in deze sector 196.000 mensen werken, geen gering aantal dat bovendien hoogst noodzakelijk werk verricht. Alle mooie plannen over verschuiving van intramuraal naar extramuraal, langer thuis wonen, van cure naar care als hoofdaccent zijn zonder hen onuitvoerbaar. Mijn fractie vraagt de minister dan ook of zij ervoor kan zorgen dat een deel van de extra ter beschikking komende gelden, bijvoorbeeld die 65 mln., aan deze groep ten goede kan komen.

## Tuinstra

Natuurlijk is een eigen budget voor de instellingen prima, maar bij verruiming van het budget zouden voorwaarden ten gunste van de werkers gesteld moeten worden. De doelmatigheid heeft daar haar grenzen. De ligduur is al korter, de patiënten zijn dus ernstiger en voor de verzorgingshuizen geldt hetzelfde, terwijl het aantal werkenden in de intramurale zorg is afgenomen. Gelukkig noemt mijn fractie de minister méér dan haar voorgangers de verpleegkundigen noemden. Het is duidelijk dat zij hun inbreng wil vergroten. Maar heeft zij wel oog voor het feit dat het beroep niet populair meer is? De instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs neemt al jaren af. Mannen treden minder toe dan enkele jaren geleden en vergrijzing dreigt. Het is zaak het beroep weer aantrekkelijker te maken. Werklast en beloning moeten kritisch gezien, opgewaarderd.

Ik vraag dit ook aan de staatssecretaris, want in de gezinsverzorging is de situatie zorgwekkend. Een groot deel van degenen die een opleiding in de verzorging hebben gevolgd, gaat niet in de zorgsector aan de slag. Gecombineerd met de afnemende instroom in het onderwijs zal het de komende jaren niet lukken om in de gezinsverzorging gekwalificeerd personeel in dienst te hebben. Wat denkt de staatssecretaris daar alsnog aan te doen?

Voorzitter! Nu ik mij toch, via u natuurlijk, tot de staatssecretaris richt, wil ik haar de zorgen onder ogen brengen die de Woonzorgfederatie recent aan ons voorlegde. In de eerste plaats is mijn fractie verheugd met de 145 mln. die vanaf 1998 structureel beschikbaar gesteld wordt, met de Overgangswet verzorgingshuizen en met het teruggedraaien van de knip in de thuiszorg. Hoe kijkt de staatssecretaris echter aan tegen het feit dat het Sociaal en cultureel planbureau al in 2005 voor 127.000 mensen een plaats in een verzorgingshuis nodig acht, terwijl er nu 113.000 plaatsen zijn? Wordt hier gekozen voor een tweesporenbeleid (én intramuraal én extramuraal), of wil de staatssecretaris toch de capaciteitsreductie in de verzorgingshuizen voortzetten? In elk geval zijn er nu al wachtlijsten waarop volgens de Woonzorgfederatie 15.000 urgente gevallen staan. Graag een reactie. Dit te meer, nu de marktwerking in de thuiszorg

niet dat mooie resultaat heeft opgeleverd dat de staatssecretaris daarvan verwachtte.

Verleden jaar april besteedde ik bij de begrotingsbehandeling 1997 veel aandacht aan de geestelijke volksgezondheid. Ik was dan ook bijzonder blij dat reeds twee maanden later, namelijk op 24 juni 1997, een brief van de minister werd aangeboden waarin heldere globale beleidslijnen op dit terrein werden getrokken, een terrein dat zo lang het stiefkind van de gezondheidszorg is geweest en waar het isolement van de hulpverlenende instanties groot was. In deze cliëntonvriendelijke situatie was het moeilijk de weg te vinden. Daar lijkt nu een einde aan gekomen. Het is naar de mening van mijn fractie hier minder een geldkwestie als wel van beleid: meer cliëntgericht aanbod op vraag afstellen, extramuralisering, enz. Deze op zich algemeen geaccepteerde doelstellingen werden echter vaak geblokkeerd door onduidelijkheid over het karakter van de geestelijke gezondheidszorg. Voor wie is ze bedoeld, kan hier, net als in de somatische gezondheidszorg, doelmatiger worden gewerkt, kunnen ook hier prioriteiten gesteld en categorieën patiënten onderscheiden, is ook hier normering van duur, zorgzwaarte en behandelaanbod per behandelfase mogelijk?

Deze vragen zijn nu bespreekbaar. Sterker nog: ze worden besproken. Het advies Thuis in de GGZ gaf een aanzet, vooral naar overigens liefst niet te snelle beddenvermindering en zorg op maat en vooral veel meer samenwerking met hulpverlening buiten de inrichting. De minister noemt in de begroting de vermaatschappelijking van de zorg: mensen met psychische problematiek zoveel mogelijk in staat stellen onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken. Daarnaast noemt zij een doelmatiger organisatie van het zorgaanbod. Hulpverlening regionaal en/of subregionaal in circuits voor verschillende categorieën cliënten. Nieuwe zorgvormen zoals psychiatrische thuiszorg, begeleid zelfstandig wonen, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie. Een belangrijk instrument hierbij vormt de flexibilisering van de AWBZ per 1 januari 1998. Daardoor zijn eigenlijk voor het eerst de gemeenten partij bij de uitvoering van de AWBZ door de invoering van de gemoderniseerde indicatiestelling.

Dit alles zijn bijzonder belangrijke stappen voor zorg op maat, het kan bijdragen aan het levensgeluk van het individu, en heeft ook verdere uitstraling op het welzijn van bijvoorbeeld een wijk waar vormen van beschermd wonen aanwezig zijn. Eindelijk zijn wij hier ons inziens op de goede weg. Kan de minister al iets meedelen over de bereidheid in het veld om hieraan mee te werken?

En dan nu het derde advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorg, "Geestelijk Gezondheidszorg in de 21e eeuw", dat recent is verschenen, een bijzonder belangwekkend rapport, dat niet schroomt om de problemen in de GGZ te analyseren, want, hoe verheugd wij ook zijn over wat bereikt is, wij zijn er nog niet: onenigheid over het doel van de GGZ, wachtlijsten, moeizame revalidatie, ineffectiviteit van het overheidsbeleid, bezorgdheid over kartelvorming enz. Ga er maar aan staan!

Nu, dat doet dit advies gelukkig ook en daarom is mijn fractie extra benieuwd naar de reactie van de minister op dit advies, waar zij zelf om heeft gevraagd. De hamvraag is: knip in de GGZ? Interessant is, voorzitter, dat de minister richting heeft gegeven aan de discussie over de inhoud van de GGZ, versimpeld weergegeven als de discussie Höppener-van Dantzig: zijn vragen of hulp bij levensproblemen noodzakelijke zorg of kan deze hulp voor eigen rekening komen?

De minister stelt dat de vraag of er bij een beroep op GGZ-hulp al dan niet sprake is van een levensproblematiek niet van wezenlijk belang is. Waar het om gaat is of er sprake is van een psychische of psychiatrische stoornis. Het uitgangspunt is dat mensen levensproblemen als echtscheiding, ontslag of het verlies van dierbaren in principe op eigen kracht dienen op te lossen. Dit alles hoort bij het leven en moet niet onnodig verpsychologiseerd. Alleen waar levensproblemen ontstaan in psychische of psychiatrische problematiek is er wél een verantwoordelijkheid van de collectief gefinancierde GGZ. Mijn fractie onderschrijft dit van harte.

In genoemde brief wordt ook aangegeven, dat wij voorzichtig moeten zijn met een te snelle afbouw van bedden, te meer daar de inrichtingen toch al 5% van het budget voor zorgvernieuwing moeten afstaan. Gisteren lazen wij

## Tuinstra

nog over de noodsituatie wat bedden in de psychiatrische ziekenhuizen in de regio Amsterdam betreft.

De GGZ moet toegankelijk blijven, maar er dient een poortwachter te zijn, die onnodige medicalisering voorkomt. De hulpvragers moeten niet in de kou blijven staan. Er komt net als in de somatische gezondheidszorg echelonnering: eerste, tweede en derde echelon. Men kan het tweede echelon pas bereiken via het eerste. De huisarts is ook hier de centrale figuur, maar hij krijgt ondersteuning van het algemeen maatschappelijk werk, een gezondheidspsycholoog en consultatief. De patiënt wordt niet overgedragen, een winstpunt, dat bevordert dat de cliënt niet vanzelf dieper in het GGZ-circuit belandt.

Daarom is het zo belangrijk dat de minister in 1994 al een convenant met de huisartsen heeft gesloten dat bijdroeg tot versterking van hun positie tot poortwachter, meer budget regelde en later nog 85 mln. ter beschikking stelde voor huisartsen in achterstandsgebieden.

Natuurlijk dient bijscholing van de huisarts verdiept. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap is daar ook mee bezig, maar belangrijk is ook de opwaardering van het algemeen maatschappelijk werk. Te lang is de ervaring en expertise van deze beroepsgroep niet gebruikt door het gezondheidszorgcircuit, terwijl toch de samenhang van sociale omstandigheden en gezondheidsproblematiek algemeen erkend wordt. Het doet mij goed dat de minister aan dit laagdrempelige hulpaanbod een ruime plaats geeft. Uit onderzoek blijkt dat een half miljoen mensen zich jaarlijks tot hen wendt.

Daarnaast is ook een belangrijke rol weggelegd voor de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Dat past geheel bij de versterkte plaats die aan de verpleegkundigen gegeven dient te worden. Al met al zullen er bij de rationalisering van de GGZ waarschijnlijk niet minder hulpverleners in de eerste lijn zijn, maar wel meer multidisciplinair. De kans dat deze hulp dan adequater is, is daardoor groot en daar gaat het toch maar om. Op den duur kost het dan toch minder geld. De maatschappelijke participatie is immers mede doel.

En dat brengt mij op de financiering. De gelijkstelling van de GGZ met de somatische gezondheidszorg

brengt mijns inziens mee dat zij thuishoort in het tweede compartiment, de Ziekenfondswet en de particuliere verzekering. En dat niet omdat de AWBZ moet worden opgeschoond, wat natuurlijk alleen maar meegenomen is, maar omdat dit een goede incentive zal zijn voor rationeler handelen en het dan volstrekt duidelijk is dat de GGZ een integraal onderdeel is van de gezondheidszorg en zich dient te conformeren aan de aldaar geldende besluitvorming.

Samenvattend, voorzitter, mijn fractie gelooft dat wij op een doorbraak staan in de GGZ. Heel belangrijk is dat dit winstpunt nu in daden wordt omgezet. Onze vraag aan de minister: komen er nu experimenten met de nieuwe werkwijze en kan haar standpunt over het derde advies nog deze regeerperiode tegemoet worden gezien?

Nu ik zoveel tijd gegeven heb aan de geestelijke volksgezondheid, en dat van ganser harte, moet ik over de volgende punten kort zijn.

Down to earth maar voor de betrokkenen uiterst pijnlijk is de situatie bij de dagbesteding van verstandelijk gehandicapte jongeren. Wij ontvingen daarover een brief van de vereniging van ouders van de afdeling Haarlem. Daar zou een uitzichtloze situatie bestaan, juist in die dagbesteding. Jongeren moeten eindeloos thuisblijven, wat een zware belasting is voor het thuisfront. Kan de staatssecretaris hier uitzicht bieden?

Een volgende vraag aan de staatssecretaris gaat over een heel ander onderwerp, namelijk het voedingsbeleid. Daar heb ik verleden jaar een vurig pleidooi voor gehouden. Helaas geheel vergeefs, want de toegezegde nota is nog niet verschenen. Ook mijn oproep om beter samen te werken met Landbouw was blaffen tegen de maan, want de nieuwe vleeskeuringswet is er evenmin, omdat "Landbouw het te druk had met de varkenspest". Ik zou juist denken dat betere wetgeving op dit terrein nu juist dringender nodig is dan ooit. Het werpt een vreemd licht op de prioriteitsstelling: de gezondheid van de mens staat toch, hoop ik, voorop. Wil de staatssecretaris daar toch de nadruk op blijven leggen en haar standpunt nog eens uitleggen?

Overigens heb ik ook aan de minister over het aspect voeding nog een vraag. Ik kon nergens in de stukken onderzoeks aandacht voor dit vraagstuk vinden. Toch woedt juist over voeding, onder andere diëten, een felle discussie in de samenleving. Kan er naar voeding en gezondheid/ziekten niet meer onderzoek komen? Ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek herhaal ik overigens graag mijn vraag aan de minister, die ik verleden week stelde bij de behandeling van de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Ondersteunt de prioriteitsstelling van dit onderzoek de keuzen in de zorg die de regering maakt, namelijk meer care dan cure? Kan de minister hier iets over zeggen?

Ten slotte heeft mijn fractie met instemming kennisgenomen van het regeringsstandpunt over de implementatie in Nederland van het Internationale Verdrag tegen Discriminatie van Vrouwen, met name artikel 12. Er is advies gevraagd hoe dit verder beleidsmatig vormgegeven moet worden, waar het gaat over seksespecifieke verschillen bij ziekte en gezondheid. Ook de Nationale Commissie Chronisch Ziekten, wier belangrijke werk mijn fractie overigens met aandacht heeft gevolgd, wijst in haar werkprogramma 1998/1999 op seksespecifieke problemen van chronisch zieken. Mijn fractie volgt dan ook met veel belangstelling de werkgroep vrouwenhulpverlening. Hier zien we weer een facet van "zorg op maat". Gelukkig heeft de regering subsidiëring terzake voortgezet, ook voor bestrijding van seksueel geweld. Dit laatste blijft helaas een terrein waarop zowel nationaal als internationaal nog veel te doen valt.

Recent is onderzoek gedaan naar de aard en omvang van huiselijk geweld. Hieruit bleek dat 45% van de bevolking ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, in Nederland. Beleidsaanbevelingen zijn aan Sociale Zaken en Justitie aangeboden. Het ministerie van VWS moet hier zeker in meespelen, zoals ook uit de begroting blijkt: het bevorderen van een adequaat hulpaanbod en het ontwikkelen van middelen ter preventie van seksueel geweld. In toenemende mate wordt echter ook aandacht gevraagd voor het ontwikkelen van activiteiten op het terrein van preventie, onderzoek en hulpverlening ten behoeve van

## Tuinstra

dadert van onder andere seksueel geweld. Deze activiteiten worden van essentieel belang geacht in het kader van preventie en recidive. Wordt door de minister ook het belang gezien van dader-hulpverlening/ onderzoek als aanvulling op het huidige beleid? Zo ja, ziet zij mogelijkheden hiervoor een programma op te zetten?

Mijnheer de voorzitter! Met belangstelling en vertrouwen zie ik de antwoorden van beide bewindslieden tegemoet.

□

De heer **Hendriks**: Mijnheer de voorzitter! De kosten van de zorg moeten beheersbaar blijven. Dat was het voornemen van het kabinet, zoals destijds in het regeerakkoord vastgelegd. Het volume van de te verlenen zorg mocht niet meer dan 1,3% per jaar stijgen. Het is navrant op te merken dat nu, na vier jaar regeren, deze parse kabinetsploeg nog steeds niet in staat blijkt de realiteit onder ogen te zien: de kostenstijging is de afgelopen jaren ruwweg twee keer zo hoog geweest als voorzien. Dat is ook niets nieuws; dat was al zo in 1995, 1996 en 1997 en dat is nog steeds zo. Bovendien is te voorspellen dat dit de komende decennia niet zal veranderen, integendeel.

In eerste aanleg trachtte minister Borst nog met enige elan de overschrijding van haar budget te beteugelen, maar de door haar aangewende middelen werkten in de praktijk niet en waren desastreus voor de burger: uitdunning van het ziekenfondspakket, een cumulatieve van de eigen bijdragen en aanzienlijke verhoging van de premies. Gevoegd bij andere lastenverzwaringen, zoals verhoging van de huurlasten, de gemeentelijke heffingen en de waterprijs, plus bijvoorbeeld het effect van de ecotaks en zo meer, heeft dit vooral in de lagere-inkomensgroepen geleid tot een drastische achteruitgang van de levensstandaard. Mensen met de laagste inkomens zijn er de afgelopen vier jaar in vele gevallen honderden guldens per maand op achteruitgegaan. En dus zien we nu armoedenota's verschijnen en belooft de regering herstel en zelfs verhoging van de koopkracht voor iedereen en vooral voor degenen die het van een uitkering of een ietsje meer moeten hebben. Inmiddels zijn

we er zwart op wit achter gekomen dat het met die koopkrachtverhoging absoluut nog niet zo koosjer is. Het kabinet zegt, dat de mensen geduld moeten hebben; in de loop van het jaar komt dat allemaal wel weer goed. Let wel, dat is een uitspraak van dit kabinet; hoe dat door een volgend kabinet wordt waargemaakt, ligt nog in de nevelen, paars of niet, van de toekomst verborgen.

Al met al, voorzitter, wordt het leven er niet aangenamer op en vooral niet voor de lagere inkomensgroepen. Voor veel mensen, onder wie alleenstaande moeders, ouderen en gehandicapten, is het de laatste jaren alleen maar moeilijker geworden om rond te komen. Over kwaliteit van leven hoeven wij dikwijls niet eens te praten en de kwaliteit van de zorg staat al helemaal op de tocht.

Het kabinet tracht de ergste gaten te dichten met maatregelen ad hoc. Een voorbeeld daarvan is de toezegging van de minister van VWS van 75 mln. extra dit jaar voor het wegwerken van de wachtlijsten bij de ziekenhuizen; in totaal betreft dit zo'n 130.000 patiënten. Is het juist dat de minister dit bedrag echt heeft weten los te branden van haar collega's, zodat zij hiervoor haar eigen begroting niet hoeft aan te spreken? Zo ja, dan is dat voorwaar een prestatie van formaat in deze tijd van reserveringen voor HSL en Betuwelijn!

Voorzitter! In deze aanloop naar de verkiezingen hoor je natuurlijk de dolste dingen. Ik meen gehoord te hebben dat minister Borst alleen maar terug wil komen als minister van VWS als het nieuwe regeerakkoord voorziet in een jaarlijkse volumegroei van de gezondheidszorg van 2%. Is dat juist? En zo ja, hoe schat de minister haar kansen in om dat percentage erdoor te krijgen? Volgens mij komen er op korte termijn geen burgemeestersposten vrij!

Sprekend over kostenverhogingen, voorzitter, wil ik attenderen op een recente uitspraak van minister Zalm tijdens een verkiezingsbijeenkomst. Hij stelde toen, dat in de rijksbegroting van volgend jaar extra bezuinigd zal moeten worden om de overheidsuitgaven binnen de perken te houden. Volgens de minister van Financiën zal het kabinet zich "aan de budgettaire discipline moeten houden". Dat betekent dat de buikriem zal moeten worden

aangehaald om tegenvallers op te vangen bij het asielvraagstuk, de individuele huursubsidie en natuurlijk de volksgezondheid. Het is goed te constateren dat de heer Zalm, als regeerder, vooruitziet op de ontwikkelingen. Ik merk daarbij echter op dat een dergelijke uitspraak vanzelfsprekend ook een schot voor de boeg is, waarmee klaar en helder wordt dat méér dan tot nu toe iedere "zorggulden" extra uit de rijkspot zwaar bevochten zal moeten worden. Kan minister Borst toelichten, of zij er in dit licht kans toe ziet tot een zodanige structurele verhoging van haar budget te komen, dat de tekortkomingen in de zorg echt kunnen worden opgelost?

Voorzitter! Steeds meer beginnen zich personeelstekorten af te tekenen in de gezondheidszorg. In de grote steden bestaat een ernstig tekort aan hoog opgeleide verpleegkundigen. In de Amsterdamse ziekenhuizen worden zelfs operaties uitgesteld omdat er geen intensive-careverpleegkundigen zijn. In Den Haag biedt het Westeindeziekenhuis f 1000 voor het aanbrengen van een operatieverpleegkundige. En in het Eindhovense Catharinaziekenhuis heeft men een paar weken geleden een aantal afdelingen moeten sluiten wegens een tekort aan verplegend personeel. In Maastricht – het is geen grap – heeft men Belgische verpleegkundigen aangetrokken en in de rest van Limburg verwacht men over enkele jaren een tekort van duizend verpleegkundigen.

Ten gevolge van de vergrijzing en de individualisering van de samenleving zullen wij in ons land over 10 jaar een méérbehoefte hebben van 20% – dat is 90.000 – verpleegkundigen. Als wij hierin tijdig willen voorzien, zullen wij het beroep aantrekkelijker moeten maken door een verbetering van het werkklimaat en van de salariering, waardoor de mensen beter te motiveren zijn voor een werkring in de verpleging. Ik wil de minister vragen, of zij het hiermee eens is en zo ja, hoe zij dit denkt te bereiken.

Overigens speelt een soortgelijk probleem met betrekking tot huisartsen. Volgens de zojuist aangetreden voorzitter van de Landelijke huisartsenvereniging, de heer Van Velzen, stijgt de toch al hoge werkdruk van de huisartsen gestadig. Hij acht dit het gevolg van de toenemende vergrijzing, het steeds meer voorkomende verschijn-

## Hendriks

sel van de parttime huisartsen en de stijgende zorgvraag. Daarbij worden patiënten sneller ontslagen uit het ziekenhuis. Zij kloppen voor vervolgbehandeling aan bij de huisarts. De hoge werkbelasting die dit alles tot gevolg heeft, zal naar verwachting veel huisartsen ertoe brengen, op hun 55ste tot 60ste jaar uit te treden. Aangezien ongeveer de helft van de momenteel praktiserende huisartsen 45 jaar is, is te voorspellen dat over pakweg tien jaar een "leegloopboom" zal plaatsvinden. Gezien de meer dan tien jaar tijd die het kost om een huisarts op te leiden, is het dus hoog tijd om extra huisartsen te gaan opleiden. "Extra" betekent dan een verhoging van de aannamequote van 325 tot 400 artsen per jaar. Ik heb bij benadering geen idee wat voor extra kostenpost dit zou betekenen. De minister heeft daar vast en zeker wel een idee van. Graag wil ik de minister vragen wat zij denkt aan dit probleem te gaan doen en welk bedrag hiermee gemoed zou zijn.

Voorzitter! Binnen het kleurrijke scala van onderwerpen die deel uitmaken van het VWS-beleid is de totale ouderenzorg het onderdeel dat mij in het bijzonder boeit. Met betrekking tot dit onderdeel is vanuit beide Kamers chronisch druk uitgeoefend op de bewindspersonen om een duidelijke beleidsvisie te ontwikkelen die ook rekening houdt met de lange termijn. Bovendien is er van bijna alle kanten, paars of anders getint, een voortdurende schreeuw om meer geld voor de ouderenzorg hoorbaar geweest. Nu is het niet zo dat er financieel niet is bijgespijkerd, maar dat zijn steeds eenmalige bijdragen geweest, bedoeld om echt niet te dulden situaties te herstellen. Deze bijdragen waren echter onvoldoende om de achterstanden weg te werken. Nog steeds worden wij ondergesneeuwd met brieven van zowel particulieren als allerlei instanties, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, raadsfracties enz., waarin wordt geklaagd over de zorgzwaarte, de wachtlijsten, de knarsende voortgang van de ontwikkeling van verpleegunits etc. En zijn de eenmalige bijdragen ontoereikend, de structurele versterking van het budget voor de ouderenzorg is helemaal beneden de maat. Om wachtlijsten voor de thuiszorg weg te werken, bijvoorbeeld, is het nodig om het thuiszorg-budget met ten minste 3% per jaar te

verhogen. Die wachtlijsten worden trouwens steeds maar langer. Afgelopen november waren zij opgelopen tot 12.500 mensen. Met de wachtlijsten voor plaatsing in een verzorgingshuis is het nog veel erger gesteld: een stijging van 29.000 eind 1996 naar 35.000 momenteel. Deze cijfers zijn vandaag al door diverse woordvoerders genoemd. En het aantal urgente wachtenden, de mensen die direct 24-uursverzorging nodig hebben, steeg het laatste jaar van 15.000 naar 19.000. Daarbij is de gemiddelde wachttijd voor ouderen voor een woning in een verzorgingshuis nu gemiddeld 9,5 maand.

De verpleeghuizen krijgen nu al 3% per jaar budgetgroei toebedeeld, maar ook dat is volslagen ontoereikend om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg op voldoende niveau te brengen en de personeels- onderbezetting op te lossen. En dan praten wij niet over luxe, maar uitsluitend over medische basiszorg. Het is dan ook geen wonder dat zowel de patiënten als de verpleegkundigen en verzorgenden in veel verpleeghuizen de wanhoop nabij zijn. Zelfs voor de meest basale zorg als wassen, te eten geven en naar het toilet helpen is te weinig tijd en personeel beschikbaar. Soms komt zelfs de medicatie in het gedrang. En voor een beetje persoonlijke aandacht voor de patiënten is al helemaal geen tijd meer. Wij werken tegenwoordig in "zorgminuten". Ook speelt nog de groeiende problematiek van de euthanasie waarvoor in vele instellingen geen enkele regelgeving bestaat. Daarbij worden de problemen alleen maar groter, want de neiging van ook hulpbehoevende mensen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen, heeft tot gevolg dat de zorgverlening in de verpleeghuizen voortdurend intensiever wordt.

Ook in de thuiszorg is de situatie verre van rooskleurig. Ook in deze sector is sprake van enorme spanning en een veel te hoge werkdruk. De thuiszorg kampt met een gebrek aan geld en vooral met een gebrek aan personeel. Die personeelskrapte komt voornamelijk door het slechte imago van de branche. Door alle verhalen over bezuinigingen, hoge werkbelasting en verlies van arbeidsplaatsen zijn maar weinig mensen bereid om voor deze sector te kiezen. Volgens de Landelijke vereniging voor thuiszorg is het grootste probleem dat de

thuiszorg door de problemen van de afgelopen jaren wordt gezien als een chaotisch bedrijf met te weinig geld. De LVT wijdt dit voor een deel aan de overheid. De regering zou een te wisselend beleid hebben gevoerd en te veel onzekerheid hebben gecreëerd over de financiering van de zorg. Ik ben geneigd om dit met de LVT eens te zijn. Met dit paarse kabinet weet je nooit waar je aan toebent. En dat geldt zeker voor de thuiszorg. Sinds 1 januari is er weer een eigen bijdrage die natuurlijk ook weer in een fiasco dreigt te resulteren. De kosten van de administratie en de controle lijken hoger te zijn dan de opbrengst. Daarom wil ik de staatssecretaris vragen of zij van plan is om deze heilloze eigen bijdrage in stand te houden of dat zij deze op termijn toch maar weer wil afschaffen.

Een ander gevolg van de personeelskrapte is het tekort aan zorg voor thuiswonende demente bejaarden. De thuiszorg is niet in staat om dementerenden, die veelal intensieve thuiszorg behoeven, en hun verzorgers voldoende steun te bieden. Intensieve thuiszorg is alleen beschikbaar voor terminale patiënten, voor maximaal zes weken. Voor dementerenden kan deze intensieve zorgbehoefte natuurlijk wel jaren duren. Doordat de thuiszorg het als gevolg van geldgebrek meestal laat afweten, neemt de druk op de verpleeghuizen weer toe, terwijl de overheid de capaciteit van de verpleeghuizen eigenlijk wil terugbrengen. En dus draaien wij in cirkeltjes rond. Kan de staatssecretaris mij inlichten over het beleid dat zij terzake voorstaat?

Ook in vele verzorgingshuizen is het een troosteloze toestand. Een voorbeeld hiervan vinden wij in de provincie Groningen. Ten gevolge van een onjuiste budgetteringsmethode komen de verzorgingshuizen daar jaarlijks bijna f 3000 per bewoner meer tekort dan in de rest van het land. Dat komt doordat in Groningen relatief meer mensen in verzorgingshuizen wonen dan elders. Volgens een zegsman van VWS zal het budget echter niet worden verhoogd. "Foutje van de Woonzorgfederatie", zegt VWS, "eigen schuld, uiteindelijk heeft de WZF zelf de verdeelsleutel vastgesteld." Inmiddels hebben in Groningen tien verzorgingshuizen vaste medewerkers vervangen door banenpoolers, bij acht huizen wordt ziek personeel

## Hendriks

niet meer vervangen en zes instellingen worden met directe sluiting bedreigd. De gevolgen voor de bewoners zijn uitermate schrijnend: er is bijvoorbeeld geen tijd meer om incontinentie mensen fatsoenlijk te wassen of hun kamers schoon te maken. In dat licht is mijns inziens de uitspraak van VWS dat de Woonzorgfederatie zelf maar een oplossing moet zoeken, wel erg gemakkelijk. Naar mijn mening is het hier zaak, met grote spoed de getroffen mensen uit de nood te helpen. Pas daarna hoort aan de orde te komen, wie de zwartepiet moet worden toegeschoven. Gaarne wil ik de mening van de staatssecretaris hierover horen.

Voorzitter! De conclusie ligt voor de hand, dat wij bij alle onderdelen van de bejaardenzorg over ontluisterende toestanden kunnen spreken, toestanden die in ons land volgens mij absoluut niet mogen voorkomen. Ontbreken van geld kan in dezen naar mijn mening niet als excuus gelden; er is maar één oplossing, namelijk bijstelling van de financiële prioriteiten.

Behalve aan geld ontbreekt het echter ook nog steeds aan een echte beleidsvisie, maar dat geldt voor het hele ouderenbeleid. De verschillende soorten zorg en hulp worden bij de beleidsbepaling te veel afzonderlijk beschouwd, en ten onrechte los gezien van allerlei andere van invloed zijnde zaken. Reeds in mijn eerste bijdrage in deze Kamer, bij de algemene politieke beschouwingen in 1996, heb ik gepleit voor het ontwikkelen van een oudereneffect-rapportage, naar het model van de MER. De premier deed dat toen wat lacherig af met: "moeten we nu ook nog aan een OER beginnen?" Het is te hopen dat hij en de rest van het kabinet intussen hebben ingezien dat het allemaal niet zo eenvoudig is. Ouderenbeleid heeft te maken met tal van aspecten die elkaar op uiterst ingewikkelde wijze beïnvloeden, zoals veiligheid, mobiliteit, huisvesting, sociale zaken, onderwijs, sport, cultuur en last but not least volksgezondheid. Ik wil daarom ten slotte nogmaals pleiten voor een meer doelgerichte aanpak van de verzorgingsproblematiek door het instellen van een Oudereneffect-rapportage, een OER. Graag de mening van de bewindslieden hierover.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 17.05 uur tot 17.10 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Verklaring dat er grond bestaat een voorstel in overweging te nemen tot verandering in de Grondwet van de bepalingen inzake de verdediging (25367, R1593).**

De beraadslaging wordt geopend.



De heer **Postma** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Ik zou graag nog enkele puntjes die ook in het voorlopig verslag van de zijde van de CDA-Eerste-Kamerfractie naar voren zijn gebracht, nogmaals in deze plenaire discussie aan de orde willen stellen. Dat betreft in de eerste plaats de delegatieproblematiek, met name de formuleringen die in de verschillende artikelen daarvoor gebruikt zijn. Ik wijs dan op de artikelen 98, lid 2, artikel 99 en artikel 99a. In artikel 98, lid 2, wordt de term gebruikt "de wet regelt". Dat geeft inderdaad volgens de standaardbetekenis uit de Grondwet van 1983 de mogelijkheid van delegatie. In artikel 99 wordt ook de term gebruikt "de wet regelt vrijstelling van militaire dienst wegens ernstige gewetensbezwaren". Volgens dezelfde betekenis zou ook hier delegatie aangenomen moeten worden. Ik wijs er echter op dat wanneer dit het geval is, deze formulering aanzienlijk afwijkt van het oude artikel 99, omdat daar uitsluitend wordt gesteld: bij de wet worden de voorwaarden genoemd waarop wegens ernstige gewetensbezwaren vrijstelling van de krijgsmacht wordt verleend. In het oude artikel 99 was delegatie op dit punt dus uitgesloten. Mijn vraag aan de regering is of inderdaad bij de formulering van het nieuwe artikel 99 men zich bewust is geweest van de term "de wet regelt" en of inderdaad de delegatie beoogd is.

Artikel 99a zegt: volgens bij de wet gestelde regels kunnen plichten worden opgelegd ten behoeve van de civiele verdediging. Bij mij komt nu de vraag op of wij bij deze formulering wel kunnen spreken van de mogelijkheid tot delegatie, want "bij de wet" betekent toch in de wet. Eigenlijk staat er dat de regels in de wet gesteld moeten worden. Gaarne

op dit punt een verduidelijking van de regering.

Het tweede onderwerp betreft de positie van de koning. Wij zijn verheugd dat ook bij deze wijziging van de Grondwet de positie van de constitutionele koning ongewijzigd blijft.

Het derde punt heeft betrekking op het aangesneden materiële wetsbegrip, namelijk of niet in een eigentijdse formulering in de Grondwet zou moeten worden opgenomen, anders dan artikel 89, lid 2, van de Grondwet, dat wanneer in de rechtspositie van burgers veranderingen aangebracht worden, dit alleen kan geschieden bij of krachtens de wet. Die suggestie van de zijde van de CDA-fractie is door de regering niet opgepakt. Dan betekent dat dus, dat wij moeten aannemen – in de stukken richting de Tweede Kamer is dat ook opgemerkt – dat het hier een principe van ongeschreven recht betreft. Burgers kunnen slechts gebonden worden bij of krachtens de wet. In de rechtspositie van burgers kunnen slechts veranderingen aangebracht worden bij of krachtens de wet. Als de regering niet bereid is dit in de Grondwet in een eigentijdse formulering op te nemen, dan moeten wij constateren dat er sprake is van een ongeschreven rechtsbeginsel waarvan de kracht in de Nederlandse verhoudingen even groot is als ware het een uitdrukkelijk artikel in de Grondwet.

De schrapping van het woord "tijdig" en de vervanging daarvan door het woord "vooraf" in artikel 100 is geen verbetering. De bedoeling is natuurlijk dat de regering op een zodanig tijdstip inlichtingen verstrekt aan de Eerste en de Tweede Kamer, dat beide Kamers indien zij de behoefte daartoe gevoelen, daarover nog kunnen discussiëren. Tijdig betekent natuurlijk altijd vooraf. Ik denk dat de amendement van de Tweede Kamer bedoeld was om zeker te stellen dat zij op een zodanig tijdstip informatie verkrijgt dat zij met de regering kan discussiëren. Als wij het over die interpretatie eens kunnen worden, vervalt het bezwaar tegen de term "vooraf".

Om misverstanden te voorkomen: het gaat om inlichtingen over een reeds genomen besluit; een besluit tot het inzetten van de krijgsmacht. Over dat besluit, dat nog niet geëffectueerd is, kan met de Eerste